

Internetbasierte Krankenhaussuche:

Informationsbedarfe der Patienten, Qualitätsindikatoren der Krankenhausbehandlung und Anforderungen an Suchmaschinen



Fachhochschule Hannover
Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales
Abteilung Pflege und Gesundheit
Blumhardtstr. 2 · 30625 Hannover
E-Mail: michael.simon@fh-hannover.de

Einleitung	Michael Simon	5
Der Bedarf von Patienten an Informationen über die Qualität der Krankenhausbehandlung	Gert Freiwald	7
1 Einleitung		7
2 Problemhintergrund		8
3 Informationsquellen		9
4 Die Relevanz des Informationsmediums Internet		11
5 Das Konstrukt Zufriedenheit		13
6 Aussagekraft von Daten		14
7 Qualitätsdimensionen aus Patientensicht		17
7.1 Vertrauenswürdigkeit, emotionale Unterstützung, Integrität		17
7.2 Kommunikation, Information und Aufklärung		18
7.3 Medizinische und pflegerische Kompetenz		20
7.4 Organisation und Kontinuität der Versorgung		21
7.5 Ausstattung		22
8 Fazit		23
9 Literaturverzeichnis		26
Qualitätsdimensionen und Qualitätsindikatoren der Krankenhausbehandlung	Jörn Magdeburg	31
1 Einleitung		31
2 Qualität in der Gesundheitsversorgung		32
2.1 Gesetzliche und politische Rahmenbedingungen		32
2.2 Qualitätsdefinitionen		32
2.3 Qualitätsdimensionen		33
3 Qualitätsindikatoren in der Krankenhausbehandlung		35
3.1 Begriff und Einteilung von Qualitätsindikatoren		35
3.2 Anforderungen an Eigenschaften von Qualitätsindikatoren		36
3.3 Indikatorensysteme		37
4 Qualitätsberichterstattung in Deutschland		38
4.1 Strukturierter Qualitätsbericht nach § 137 SGB V		39
4.2 BQS-Daten		41
4.3 Zertifizierungsverfahren		43
5 Qualitätsinformationen aus Routinedaten		44
5.1 Qualitätssicherung mit Routinedaten		45
5.2 Mindestmengen und Fallzahlen		47
6 Erfahrungen und Positionen zum Qualitätsvergleich		48
7 Fazit		49
8 Literaturverzeichnis		51
Anforderungen an und Qualitätskriterien für Krankenhaus-Suchmaschinen	Frank Fihlon	55
1 Einleitung		55
2 Aktuelle Situation: Gesundheitswesen und Internet		56
3 Die Rolle des Internets im Gesundheitswesen		58
3.1 Auswirkungen des Internets auf das Gesundheitswesen		58
3.2 Die E-Health Bewegung		60
3.3 Nutzer und Internet		60
4 Die Rolle der Internet-Suchmaschinen im Gesundheitswesen		97
5 Problemfelder der Suchmaschinen		63
6 Anforderungen an Gesundheitsinformationen		64
7 Qualitätssicherung für Gesundheitsinformationen im Internet		66
7.1 Health on the Net Foundation (HON): Code of Conduct		67
7.2 DISCERN		68
7.3 MedCERTAIN / MedCircle		69
7.4 Aktionsforum Gesundheitsinformationssysteme (afgis)		69
7.5 Qualitätsprüfung von Gesundheitsinformationen im Internet		70
8 Implementierung von Qualitätskriterien		71
9 Fazit		72
10 Literaturverzeichnis		73

Einleitung

Die vorliegende Arbeit ist entstanden im Rahmen eines von mir betreuten studentischen Projektes im Studiengang Diplom-Pflegemanagement. Ziel des gemeinsamen Projektes war eine Bestandsaufnahme und Evaluation internetbasierter Krankenhaussuchmaschinen. Das Projekt bestand aus drei Teilprojekten, startete im Wintersemester 2006/2007 und schloss im Frühjahr 2008 mit einem gemeinsamen Projektbericht ab. Die jetzt vorgelegte Veröffentlichung ist eine überarbeitete Fassung des Projektberichts, aktualisiert auf den Stand von Mitte 2009.

Als die Idee für das Projekt entstand, waren internetbasierte Krankenhaussuchmaschinen noch eine relativ neue Erscheinung und die wenigen, die es im Jahr 2006 bereits gab, beschränkten sich weitgehend darauf, Interessierten einen Zugriff auf die seit 2005 als PDF-Dateien verfügbaren Qualitätsberichte der Krankenhäuser zu ermöglichen. Aber bereits innerhalb weniger Monate nahm die Entwicklung deutlich an Fahrt auf. Zum einen wurden zunehmend mehr Krankenhaussuchmaschinen entwickelt, zum anderen die vorhandenen schrittweise verbessert und nutzerfreundlicher gestaltet.

Es war bereits 2006 erkennbar und hat sich in der Zwischenzeit weiter bestätigt, dass das Internet ein erhebliches Potenzial zur Verbesserung der Transparenz im Gesundheitswesen besitzt. Davon wird bisher jedoch nur ein kleiner Teil genutzt. Es wäre allerdings verfehlt, diese Entwicklung nur als eine rein technische zu begreifen und zu behandeln. Vor aller Technik steht zunächst der Frage nach den Zielen und Anforderungen, nach den Bedarfen und Bedürfnissen nicht nur der Nutzer, sondern auch der Leistungserbringer, der Politik, der Öffentlichkeit etc. Aus diesem Grund befasste sich das Projekt auch nicht nur mit einer Momentaufnahme bestehender Angebote, sondern widmete sich eingehend grundlegenden inhaltlichen Fragen.

An erster Stelle sind dabei die Informationsbedürfnisse von Patienten zu nennen. Eine Suchmaschine nutzergerecht zu gestalten, erfordert in erster Linie eine Vorstellung davon, was Patienten über die Qualität eines Krankenhauses wissen wollen, was ihnen wie wichtig ist. Damit befasst sich der erste Teil des Projekts, in dem Gert Freiwald den gegenwärtigen Stand der Forschung und Diskussion über Informationsbedürfnisse von Patienten aufbereitet hat. Wie zahlreiche Untersuchungen gezeigt haben, unterscheiden sich die Qualitätskriterien der Patienten zum Teil deutlich von denen der Gesundheitsprofessionen. Es greift allerdings zu kurz, anzunehmen Patienten komme es in erster Linie auf ‚Wohlfühlfaktoren‘ an wie beispielsweise die Ausstattung der Zimmer, die Qualität des Essens oder die Freundlichkeit der ‚Schwestern‘. Eine vertiefende Beschäftigung mit der Frage und dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse über Patientenbedürfnisse und Bewertungskriterien kann aufzeigen, dass Patienten unter den Bedingungen unvollständigen Wissens sehr wohl rational abwägen und bewerten.

Die Debatte über die Qualität von Krankenhäusern wird in Deutschland jedoch nicht in erster Linie aus Sicht der Patienten, sondern primär als Expertendiskurs und entlang medizinischer Kriterien geführt. Dies ist einer Expertenorganisation, wie sie das Krankenhaus wie kaum eine andere Organisation darstellt, auch durchaus angemessen und notwendig. Eine gute und hilfreiche Krankenhaus-Suchmaschine hat darum auch zwingend die Erkenntnisse dieses Expertendiskurses zu berücksichtigen. Sie hat insbesondere natürlich auch die zum jeweiligen Zeitpunkt besten verfügbaren Informationen und Daten zu verwenden und den Nutzern verfügbar zu machen. Auf diesen Themenbereich geht Jörn Magdeburg im zweiten Teil des Projektes näher ein, skizziert den Stand der Expertendiskussion über Qualitätsdimensionen und Qualitätskriterien für Krankenhausbehandlungen und gibt einen Einblick in die verfügbare Datenbasis. Da gerade dieser Bereich einem zunehmend schnelleren Wandel unterliegt und getrieben ist von dem Interesse vor allem der Krankenkas-

sen aber auch der Öffentlichkeit an möglichst weit gehender Transparenz der Qualitätsdaten, muss darauf hingewiesen werden, dass es sich um einen Zwischenstand handelt, der bereits zum Zeitpunkt der Veröffentlichung zumindest in Teilen überholt sein kann.

Internetbasierte Krankenhaussuchmaschinen haben aber nicht nur die Informationsbedürfnisse der Patienten, Erkenntnisse des Expertendiskurses und aktuell verfügbaren Qualitätsdaten zu berücksichtigen, sie sollten auch die für Internetangebote in diesem Bereich mittlerweile entwickelten Qualitätsstandards einhalten. Nicht nur, dass bei allen gesundheitsbezogenen Internetseiten die Frage der Zuverlässigkeit und sachlichen Richtigkeit der dort angebotenen Informationen von zentraler Bedeutung ist, es haben sich darüber hinaus für eine Vielzahl von Aspekten eines Internetauftritts Qualitätskriterien entwickelt, die insbesondere auch von Krankenhaussuchmaschinen berücksichtigt werden sollten. Zu nennen ist hier nicht nur die behindertengerechte Gestaltung, beispielsweise die Möglichkeit individueller Anpassungen der Seite, sondern vor allem auch die Einhaltung ethischer Standards, wie beispielsweise die Offenlegung finanzieller Beziehungen zu Unternehmen der Gesundheitsbranche. Diesem Themenkreis widmet sich der dritte Teil von Frank Fihlon, in dem er einen Überblick über das Spektrum der Qualitätsanforderungen an gesundheitsbezogenen Internetseiten gibt.

Nach dem in den drei vorhergehenden Teilen die inhaltlichen Grundlagen gelegt wurden, wird im vierten Teil ein Überblick über die Mitte 2009 verfügbaren Internetseiten gegeben, die eine Suche nach einem geeigneten Krankenhaus unterstützen sollen. Dieser Teil ist allerdings in erster Linie als exemplarische Darstellung gedacht und weniger als umfassender Überblick auf aktuellstem Stand. Es soll gezeigt werden, welche Kriterien sich auf Grundlage des zuvor dargestellten Wissensstandes für einen Vergleich von Krankenhaussuchmaschinen eignen. Da kontinuierlich an der Verbesserung der Nutzerfreundlichkeit zahlreicher Krankenhaussuchmaschinen gearbeitet wird, sind sicherlich bei der einen oder anderen Suchmaschine mittlerweile das eine oder andere Kreuz zusätzlich zu machen.

Bei dem kriteriengestützten Vergleich wurde bewusst auf eine Bewertung mit Noten oder Punkten oder ein Ranking verzichtet, da dies der Thematik unangemessen erschien. Es ging diesem Projekt nicht darum ‚die beste Krankenhaus-Suchmaschine Deutschlands‘ herauszufinden, sondern auf Grundlage der verschiedenen Fachdiskussionen inhaltliche und methodische Grundlagen für die jeweils individuelle Auswahl einer Krankenhaus-Suchmaschine darzustellen und beispielhaft in einem Vergleich anzuwenden. Welche Suchmaschine als die am besten geeignete erscheint, bleibt der individuellen Entscheidung des jeweiligen Nutzers überlassen, die natürlich auch wesentlich von individuellen Präferenzen geleitet ist. Eine Funktionalität, die für den einen wichtig ist, kann für jemand anders nachrangig oder gar überflüssig erscheinen.

Da das Angebot an Krankenhaussuchmaschinen in ständiger Bewegung und Entwicklung ist, steht dieser Teil des Projekts vor dem unentrinnbaren Schicksal, dass er sehr schnell an Aktualität verliert und – im Falle des Ausscheidens einzelner Suchmaschinen – auch fehlerhaft oder – durch das Auftreten neuer Seiten – unvollständig wird. Insofern würde man diesem Projekt nicht gerecht, wenn man es an der gegebenen oder nicht gegebenen Aktualität der aufgelisteten Suchmaschinen misst. Im Zentrum des Projekts stand die Aufbereitung inhaltlicher Grundlagen für die Bewertung und damit auch Gestaltung von internetbasierten Krankenhaussuchmaschinen. Und dieses Thema hat an Aktualität nicht verloren, es wird vielmehr an Bedeutung weiter gewinnen.

Hannover, November 2009

Prof. Dr. Michael Simon

Der Bedarf von Patienten an Informationen über die Qualität der Krankenhausbehandlung

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
2	Problemhintergrund	8
3	Informationsquellen	9
4	Die Relevanz des Informationsmediums Internet	11
5	Das Konstrukt Zufriedenheit	13
6	Aussagekraft von Daten	14
7	Qualitätsdimensionen aus Patientensicht	17
7.1	Vertrauenswürdigkeit, emotionale Unterstützung, Integrität	17
7.2	Kommunikation, Information und Aufklärung	18
7.3	Medizinische und pflegerische Kompetenz	20
7.4	Organisation und Kontinuität der Versorgung	21
7.5	Ausstattung	22
8	Fazit	23
9	Literaturverzeichnis	26

1 Einleitung

Begeben sich Menschen in ein Krankenhaus, so sollen sie als Patient oder Kunde im Mittelpunkt stehen. Dafür propagieren die Kliniken Gesundheit und Wohlbefinden, Würde, Respekt und Selbstbestimmungsrecht als Basis einer Patientenbeziehung. An Diagnostik, Behandlung und Pflege stellen sie selbst auferlegte hohe Ansprüche. Eingehende Schlagworte, wie 'höchstes Qualitätsniveau, hochwertigste Dienstleistungen, Vertrauen und Zufriedenheit' werden formuliert. Solche und ähnliche Aussagen sind häufig als Zielsetzungen in vielen Leitbildern von Krankenhäusern anzutreffen. Inwiefern diese Aussagen tatsächlich relevant sind und erfüllt werden können, ist für die Patienten häufig erst auf den zweiten Blick erkennbar, nämlich dann, wenn sie sich innerhalb des Versorgungsprozesses befinden.

Welche Ansprüche, Erwartungen und Bedürfnisse sind es aber, die Patienten an die Krankenhausversorgung stellen? Woher beziehen sie ihre Informationen? Worüber wollen sie sich informieren, bzw. welche Gründe sind für sie ausschlaggebend, wenn ein Krankenhausaufenthalt ansteht, der mit der Entscheidung für eine Klinik verbunden ist. Qualitätskonzepte von Patienten werden in der Expertendiskussion des deutschen Gesundheitswesens noch nicht entsprechend gewürdigt. Im Rahmen dieses Gesamtprojektes werden in der nachfolgenden Literaturübersicht Qualitätskriterien, die aus Patientensicht für die Wahl eines Krankenhauses relevant sind, identifiziert.

Zunächst werden die Informationsquellen betrachtet, die Patienten nutzen, um Informationen über ein Krankenhaus zu erhalten. In diesem Zusammenhang wird dem Internet als zukunftsweisendes Informations- und Kommunikationsmedium Aufmerksamkeit gewidmet. Die unterschiedlichen Aspekte des Konstrukts 'Zufriedenheit' und die Aussagekraft von Patientenbefragungen werden beleuchtet. Wie also kann Zufriedenheit definiert werden, und wovon ist sie abhängig. Die relevanten Qualitätskriterien aus Patientensicht werden herausgearbeitet und erläutert. Abschließend werden die Erkenntnisse noch einmal zusammenfassend dargestellt.

2 Problemhintergrund

Im deutschen Gesundheitswesen wird den Interessen und Bedürfnissen der Patienten seit einigen Jahren zunehmend mehr Beachtung geschenkt. Die Rolle des Patienten hat sich verändert. Die Gründe liegen in einem neuen Selbstbewusstsein (vgl. SVRKAiG 2001, S.144; Klemperer, 2003, S. 10), getragen von gesellschaftlichen Entwicklungen, die der Forderung nach Autonomie und Partizipation am medizinischem Leistungsprozess Nachdruck verleihen (vgl. auch Feldmann 2005, S. 8).

Die Veränderung der Krankheitsspektren hat dazu geführt, dass die Menschen heute vielfach an chronischen Erkrankungen leiden (vgl. SVRKAiG 2002, S. 211 ff.). Dies kann zu einer oft lebenslang einhergehenden Belastung und Krankheitsbewältigung führen, die eine langjährige Arzt-Patienten-Beziehung bedingt (vgl. Klemperer 2003 ebenda; Iseringhausen et al. 2005, S. 280). Eine große Anzahl chronisch kranker Menschen ist in der Lage mit ihrer Krankheit umzugehen. Sie möchten ihr Leben weitgehend selbst verantworten und wünschen mehr Informationen über ihre Krankheit, um eine aktivere Rolle als bisher im Leistungsgeschehen einnehmen zu können. Aber auch bei denjenigen, die ihre passive Rolle nicht aufgeben wollen, ist der Wunsch nach vermehrter Information über ihre Krankheit existent (vgl. Klemperer 2003, S. 7).

Auch wenn man diese Perspektive verlässt wurde festgestellt, dass bereits seit Jahren ein grundsätzlich steigender Informationsbedarf besteht. Eine ungenügende Aufklärung und eine lediglich sekundäre Mitsprache am medizinischen Leistungsprozess werden beklagt. Die Patienten wollen als Menschen mit ihren subjektiven Empfindungen ernst genommen werden. Sie sind kritischer und aktiver, anspruchsvoller und selbstbewusster (vgl. Badura 2000, S. 34; Coulter/Magee 2005, S. 50 ff.; Schaeffer 2006, S. 8).

Im Sommer 2002 gaben laut einer repräsentativen Erhebung 58 % der deutschen Bevölkerung an, nicht genügend Informationen über Krankenhäuser zu erhalten, um sich wirklich für eine Behandlung entscheiden zu können (vgl. Dierks et al. 2006, S.18). Eine angemessene Information und Kenntnis bezüglich seiner Erkrankung ist jedoch die Voraussetzung eines jeden Patienten, um herauszufinden, welcher Anbieter für eine erfolgreiche Behandlung in Frage kommt und welcher nicht (vgl. Kranich 1995, S. 35). Sie möchten also wissen, wie sie behandelt werden, wo eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet werden kann, die ihren Ansprüchen genügt, und wem sie sich auf Grund dessen anvertrauen können.

Um diesen veränderten Ansprüchen gerecht zu werden, ist es erklärtes Ziel der Gesundheitspolitik, das Gesundheitswesen am Bedarf des Patienten auszurichten (vgl. BMG 2006, S. 2; Dierks et al. 2006, S. 7). Das System soll für den Nutzer transparent gestaltet sein, um ihn zu befähigen eigene Entscheidungen treffen zu können (vgl. Badura/Schellschmidt 1999, S. 26; SVRKAiG 2001, S. 144 f.).

Seitdem wurde eine Vielzahl innovativer Projekte zur Stärkung der Patientenrechte auf den Weg gebracht, um den Wunsch nach Selbstständigkeit, Eigenverantwortung und Transparenz zu unterstützen (vgl. SVRKAiG 2003, S. 188; Dierks et al. 2006, S. 23; Schaeffer 2006, S. 8).

Die Informationen für den Krankenhausbereich werden bisher als nicht patientengerecht und unübersichtlich empfunden. Die von den Krankenhäusern zu erstellenden Qualitätsberichte sind Ansätze, um den Patienten mit Basisinformationen eine erste Orientierungshilfe zu geben (vgl. Schaeffer 2006, ebenda). Seit September 2004 besteht die Möglichkeit strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser im Internet einzusehen. Welche Daten aber tatsächlich benötigt werden, um eine Wahlentscheidung aus Versichertensicht, bzw. Patientensicht treffen zu können, ist bisher

nicht untersucht worden (vgl. Geraedts 2006, S. 156). In Abgrenzung zum Expertenwissen der Medizinprofession wird Laienwissen immer noch als nicht maßgeblich abgetan (vgl. Badura/Schellschmidt 1999, S. 77). Dass diese objektiven Qualitätsberichte mit den subjektiven Erfahrungen der Patienten als Qualitätsindikator kombiniert und ergänzt werden, ist eine Forderung aus Nutzersicht, die bisher vernachlässigt wurde (vgl. Dierks/Schaeffer 2005, S. 139; Geraedts 2006, S. 156).

Auch eine vergleichende Veröffentlichung der Ergebnisdaten wird von den Akteuren des deutschen Gesundheitswesens kritisch gesehen und bislang nicht befürwortet (vgl. Sturm et al. 1999, S. 201; Schreiber/Koubenec 2005, S. 399 f.). In der Regel werden medizinische Informationen durch Akteure des Gesundheitswesens zu Verfügung gestellt. Für Laien entsteht damit das Problem, dass sie diese für sie wichtigen Informationen nicht verstehen und somit auch nicht nutzen können (vgl. Schaeffer 2006 S. 9; Geraedts 2006, S. 156). Erst wenn die Daten laiengerecht angeboten werden macht die Informationsgewinnung Sinn. Eine Aufbereitung von neutraler, unabhängiger Seite wird favorisiert (vgl. Coulter/Magee 2005, S. 56; Geraedts 2006, S. 165; Schaeffer 2006, S. 27).

Es wird erwartet, dass die Informationen leicht erreichbar und verständlich sind. Angaben zur Leistungsfähigkeit der Einrichtungen sollen öffentlich zugänglich sein (vgl. Herrmann/Heintze 2005, S. 184) und Defizite in der Qualität transparent gemacht werden. Die Resonanz auf Untersuchungen zu diesem Themenbereich machte deutlich, dass der Informationsbedarf über die Qualität der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland erheblich ist (vgl. Dierks/Schaeffer 2005, S. 138).

Eine Beteiligung der Patienten würde maßgeblich zur Verbesserung von Prozess- und Ergebnisqualität und damit zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens beitragen (vgl. Badura/Schellschmidt 1999, S. 16). Diese Feststellungen offenbaren, dass Informationsinhalte, Transparenz von Qualität der Krankenhausleistungen, deren Umfang, wie auch die Qualitätsdefizite und vergleichbare Ergebnisdaten für die Patienten eine hohe Relevanz haben. Gleiches gilt für die laiengerechte Aufbereitung und Darstellung der Daten. Auch eine Koppelung der Qualitätsberichte mit den subjektiven Patientenerfahrungen wird gewünscht. Ein weiteres Anliegen ist die Frage nach der Unabhängigkeit der angebotenen Informationen – Forderungen, die den Bedarf an Patienteninformation generell bisher nur unzureichend decken.

Die Gründe dieser Schieflage liegen möglicherweise in dem gewachsenen Rollenverständnis der medizinischen Profession und der Schwierigkeit des Perspektivwechsels. Medizinisches Denken und Handeln wird zunehmend durch die technischen Möglichkeiten der Diagnostik bestimmt, aus der sich ein Therapieverfahren ergibt. Die subjektive Sichtweise des Patienten bleibt nebensächlich und rückt in den Hintergrund. Eine ausreichende Arzt-Patienten-Beziehung wird dadurch in vielen Fällen behindert. Fehlende zeitliche Ressourcen sowie eine mangelnde Fähigkeit zur Kommunikation verstärken diese Störung.

Schauen wir nun zuerst, welche Quellen Patienten zur medizinischen Informationsbeschaffung bevorzugen, die ihrer Einschätzung nach als vertrauensvoll und ausschlaggebend bei der Wahl eines Krankenhauses gelten können.

3 Informationsquellen

Laut Schaeffer (2006) scheint dies eindeutig belegt zu sein. In der Regel bevorzugen die Patienten eine Mischung aus professionellen und nichtprofessionellen Informationsquellen. So suchen sie im Wesentlichen den niedergelassenen Hausarzt auf oder benutzen das eigene soziale Netzwerk als

Informationsquelle. Das Anraten auf Grund früherer Erfahrungen von Angehörigen oder Bekannten sowie der Ruf einer Klinik beeinflusst die Entscheidung zur Krankenhauswahl erheblich (vgl. Schaeffer 2006, S. 26).

Dies bestätigt auch eine Studie von Grande et al. (2005). Sie bezieht sich zwar auf Rehabilitationseinrichtungen, kommt aber zu ähnliche Ergebnissen. Die Betroffenen verlassen sich bei dieser Suche zunächst auf die Erfahrungsberichte von Freunden, Verwandten und Bekannten sowie auf die Empfehlungen ihres behandelnden Arztes (vgl. Grande et al. 2005, S. 174).

Auch die Befragungen von Versicherten, wie auch Interviews mit Fokusgruppen bestätigen, dass die Informationsquelle 'Hausarzt' an erster Stelle rangiert (vgl. Dierks/Schwartz 2003, S. 314; Picker-Institut 2006, S. 26). Diese Ergebnisse bestätigt weitestgehend eine telefonische Befragung von 2000 Versicherten der BARMER Ersatzkasse aus dem Jahr 2005. In Abhängigkeit von Alter, Bildung und Gesundheitszustand wird der Empfehlung des Hausarztes die größte Bedeutung zugemessen. Informationen aus Zeitschriften bzw. Tageszeitungen rangieren hier an zweiter Stelle und erst nachfolgend die Empfehlungen von Freunden und Bekannten (vgl. Streuf et al. 2007, S. 113). Laut Geraedts (2006) sind die Erfahrungen eines Krankenhausaufenthaltes höher einzustufen als die Empfehlungen von Freunden und Verwandten. Beachtenswert ist auch, dass die Empfehlung von Freunden international höher als in Deutschland bewertet wird. Mit Informationsbroschüren, sowie Informationen aus Radio und Fernsehen können sich am ehesten die über 60-jährigen identifizieren (vgl. Geraedts 2006, S. 161).

Informationen aus Tageszeitungen spielen bei der Untersuchung des Picker-Instituts (2006) eine untergeordnete Rolle. Sie werden nicht recherchiert, tragen aber zur Meinungsbildung bei, insbesondere wenn es sich um negative Schlagzeilen handelt (vgl. Picker-Institut 2006, S. 26). Studienergebnisse der Bertelsmann Stiftung in 2004 zeigen ebenfalls einen hohen Anteil von Zeitschriften als Informationsmedium (vgl. Brechtel 2004, S. 4). Die Informationssuche über das Internet nutzten lediglich 8 % der Befragten (vgl. Streuf et al. 2007, S. 113). Die Recherchen von Schaeffer (2006) zeigten ähnliche Ergebnisse (vgl. Schaeffer 2006, S. 30).

Schaut man nach den Gründen, die Ärzte veranlassen, ein bestimmtes Krankenhaus zur stationären Aufnahme ihrer Patienten zu empfehlen, so geschieht dies vorwiegend auf Grund struktureller Informationen bezüglich der Anwendung vorhandener Technologien. Informationsaustausch unter Kollegen oder Erfahrungen mit bestimmten Stationen oder Abteilungen von Krankenhäusern sind dagegen von untergeordneter Bedeutung. Informationen aus professionellen Netzwerken sowie Rückmeldungen von Patienten werden ebenfalls selten genutzt (vgl. Dierks/Schaeffer 2005, S.137).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Hausarzt als Hauptinformationsquelle dient und das höchste Vertrauen genießt. Es zeigt sich allerdings, dass die Informationen seitens der Ärzte bei der Hilfe zur Krankenhausauswahl über Strukturinformationen nicht hinausgehen. Diese Basisinformation können den Qualitätsberichten entnommen werden. Als nächste glaubhafte Informationsquelle dienen Erfahrungsberichte von Freunden und Verwandten. Dass Zeitschriften und Broschüren gerade für die ältere Generation als Informationsmedium in Frage kommen deutet möglicherweise darauf hin, dass diese Medien als glaubwürdig und vertrauenserweckend eingestuft werden und ihnen leicht zugänglich sind.

Auch eigene Erfahrungen, die während eines Krankenhausaufenthalts gemacht wurden, zeigen, dass sich eine große Anzahl von Patienten auf das eigene Urteilsvermögen verlässt. Bleibt die Frage, wie aktuell diese Erfahrungen sind und wie viel verschiedene Krankenhäuser besucht wurden, um

sich ein entsprechendes Bild machen zu können. Die Entscheidung, welches Krankenhaus zur Behandlung in Frage kommen könnte, scheint sich nach Herkunft der Informationen in Verbindung mit einer subjektiven Gewichtung, die aus persönlicher Sicht als vertrauenswürdig geltenden Datenquellen zu bilden.

Die Anzahl der 'Internet-User', die nach Informationen im Gesundheitsbereich suchen, stellen bisweilen noch eine untergeordnete Rolle dar. Die traditionellen Printmedien werden aber in jüngster Zeit durch eben dieses Informationsmedium ergänzt. Die Schnelligkeit und Vielfältigkeit der Bereitstellung von Informationen zeichnet dieses Medium in besonderer Weise aus.

4 Die Relevanz des Informationsmediums Internet

Auf Grund der Vielfalt an Informationen zu gesundheitlichen Themen haben sich neben den Internetauftritten öffentlicher Einrichtungen und Institutionen im Wesentlichen drei Bereiche herausgebildet, die Gesundheitsinformationen anbieten. Dabei handelt es sich zum einen um direkt am Gesundheitssystem beteiligte Interessengruppen wie Kostenträger, Leistungserbringer, Forschung, Behörden und Politik, zum anderen um medizinische Onlinedienste. Der dritte Bereich wird ergänzt durch Selbsthilfegruppen und Patienten, bzw. Einzelpersonen, die Erfahrungsberichte zu ihren Krankheiten veröffentlichen (vgl. Dierks et al. 2003, S. 339).

Der überwiegende Anteil der Informationen zu gesundheitlichen Themen ist für den Nutzer derzeit noch nicht relevant, denn sie sind weder umfassend noch evidenzbasiert (vgl. SVRKAiG 2003, S. 248; Klemperer 2003, S. 13). Die Fülle der vergleichenden, kommerziellen Informationsangebote zeigen aber, dass dieses Medium zukunftsweisend ist (vgl. Coulter/Magee 2005, S. 60; Iseringhausen et al. 2005, S. 278; Schaeffer 2006, S. 29). Dies zeigt auch die wachsende Anzahl von gesundheitsbezogenen Websites, die von geschätzten 100.000 im Jahr 1999 auf bereits über eine halbe Million in 2001 anstieg. Zwei Drittel suchte demnach über Internetsuchmaschinen nach Gesundheitsinformationen, ein Drittel über Portale (vgl. SVRKAiG 2003, S. 247).

Durch die Bundesregierung wurden erste Ansätze unternommen, mit dem Medium Internet eine Infrastruktur zu schaffen, um Transparenzprobleme zu verbessern. Mit dem 'Aktionsplan der Bundesregierung zur Informationsgesellschaft 2000' legte man den Schwerpunkt auf den Aufbau und die Weiterentwicklung von Patienten- und Gesundheitsinformationssystemen und der Vernetzung unterschiedlicher Institutionen. Daran anknüpfend entwickelte sich das 'Public Health Portal', um Professionellen, aber auch Laien umfassende Informationen über strukturelevante Entscheidungen im Gesundheitswesen zu geben und um eine stärkere Partizipation der Nutzer herbeizuführen (vgl. Iseringhausen et al. 2005, S. 284 f.).

Zu erwähnen ist auch das unabhängige deutsche Internetportal 'IQWiG'. Es hat sich zur Aufgabe gemacht den Nutzen medizinischer Leistungen zu untersuchen und stellt seit Juni 2004 eine weitere Option bei der Informationssuche dar. Das Ziel des Instituts ist eine effektive, vertrauenswürdige Zuverfügungstellung von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen in leicht verständlicher Form für alle Bürger und Patienten (vgl. Bastian/Sawicki 2005, S. 70 ff.).

Schaut man nach der Altersstruktur, so fällt auf, dass die Gruppe der 18- bis 39-jährigen als hauptsächliche Nutzer (65 %) dominieren, wobei der überwiegende Anteil männlich ist und einen höheren Bildungsstand aufweist. Der Anteil der 60-jährigen beträgt hier lediglich 15 %. Von den ca. 3000 Personen, die im Rahmen einer Umfrage der Bertelsmann-Stiftung befragt wurden, suchten

lediglich Personen bis zu einem Alter von 40 Jahren via Internet nach einem Krankenhaus. Gut die Hälfte aller Befragten nannte keinen bestimmten Grund, um nach Gesundheitsinformationen zu suchen (vgl. Brechtel 2004, S. 4). Eine von der EU geförderte Studie aus den Jahren 2005 bis 2007 konstatierte eine weitere Zunahme der Nutzung des Internets bei der Suche nach Gesundheitsinformationen. Danach betrug der Anteil in Deutschland in 2005 44,4 %, in 2007 bereits 56,6 %. In 2007 nutzten Männer über 45 Jahren das Internet häufiger als Frauen gleichen Alters, wobei Frauen bis zum Alter von 45 Jahren dieses Angebot wiederum häufiger nutzten als gleichaltrige Männer (vgl. Kummervold et al. 2007).

Eine Studie der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf zeigte, dass die Hälfte der Befragten aus Angst vor einer Krankheit Informationen suchen oder für nahestehende erkrankte Personen aktiv werden. 30 % zeigten allgemein Interesse an gesundheitlichen Themen und an Präventionsmöglichkeiten (vgl. Iseringhausen et al. 2005, S. 281).

Eine repräsentative amerikanische Untersuchung kommt zu dem Schluss, dass bereits jeder zweite dieser Untersuchung primär Informationen aus dem Internet bezog, noch vor der Konsultation seines Hausarztes (vgl. Schaeffer 2006, S. 29). Derzeit nutzen etwa 10 % der Europäer das Internet als Informationsquelle für Gesundheitsinformationen. Lediglich Briten, Schweizer und Schweden haben einen Anteil von 15 %.

Im Gesundheitssystem Großbritanniens beispielsweise besteht für jeden Mitbürger die Möglichkeit über die 'NHS Direkt Online' (nationaler Gesundheitsdienst) und die 'National Electronic Library for Health' (digitale Bibliothek für den englischen NHS) Gesundheitsinformationen zu erhalten, gleichzeitig mit weiteren Verweisen zu unabhängigen Gesundheitswebsites. In England werden Daten über das bisherige Niveau des hiesigen Gesundheitswesens hinaus als Qualitätsindikatoren präsentiert. Dort werden Informationen, wie beispielsweise die Raten der brusterhaltenden Operationen pro Krankenhaus im Internet zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse regelmäßiger Befragungen von Patienten mit identischen Diagnosen werden im Internet veröffentlicht, ebenso die Analysen zur Personalzufriedenheit. Sie werden als leicht verständliche und umfangreiche Informationen angeboten. All diese Ergebnisse fließen in die seit 2001 jährliche, unabhängige Bewertung analog von Hotelleistungen im Sinne eines Sternesystems (Star Rating) ein (vgl. Bevan 2005, S. 98).

Ähnliche Entwicklungen sind in Schweden, den Niederlanden und in Dänemark zu verzeichnen (vgl. Dierks/Schaeffer 2005, S. 142; Gisset/Veillard 2005, S. 114 ff.). Auch in Slowenien sind nationale Informationsstellen für Gesundheitsinformationen eingerichtet worden, sowie in Polen Projekte (Internetcafés in Krankenhäusern) durch Förderung der Europäischen Kommission (vgl. Coulter/Magee 2005, S. 51).

Fragt man nach der Nutzbarkeit der Informationen aus dem Internet, so müssen, wie bereits in Kapitel zwei erwähnt, die Informationen auch verständlich dargestellt werden, um eine generelle Akzeptanz herzustellen. Dabei stellt sich wiederum die Frage, aus welcher Perspektive diese Information aufbereitet wird (vgl. Geraedts 2006, S. 156). Die Fülle der Informationen muss so verständlich dargestellt werden, so dass auch Menschen mit niedrigem Bildungsstand, schwer erreichbare Zielgruppen, wie Migranten, Alte, Hochbetagte oder Menschen, die keine Erfahrung im Umgang mit dem Medium Internet haben, in die Lage versetzt werden, die Informationen zu rezipieren. Um bei der Bereitstellung eine entsprechende Aufmerksamkeit zu erreichen, müssen die Darstellungen übersichtlich angeordnet sein. Wichtiges muss sofort erkennbar sein. Relevantes muss als interessant wahrgenommen werden, um eine selektive Auswahl der benötigten Information zu gewährleisten. In die Berichte sollen nicht nur Leistungsinformationen einfließen, sondern auch narrative Erfahrungsberichte. Studien belegen, dass die Patienten zwar über Qualitätsdaten von Versorgungs-

einrichtungen informiert werden wollen, die gewonnenen Informationen zur Entscheidungsfindung allerdings nicht herangezogen werden. Das liegt daran, dass Vertrauenswürdigkeit und Glaubwürdigkeit nicht gegeben sind, sondern vielmehr als verwirrend empfunden werden (vgl. Schaeffer 2006, S. 6 u. S. 34).

Unstrittig ist, dass das Medium Internet bzgl. Gesundheitsthemen in den letzten Jahren einen enormen Zulauf erfahren hat. Die Bundesregierung hat demzufolge mit entsprechenden Initiativen begonnen. Auffallend ist, dass die jüngere Generation mit dem Internet vertrauter ist als 60-jährige. Dies verspricht, dass in den nächsten 20 bis 30 Jahren eben auch die heute über 40-jährigen und jüngeren wie selbstverständlich mit dem Internet umgehen werden und deshalb eine andere Dimension entstehen wird. Festzuhalten ist auch, dass ein Vertrauen in die gesundheitsbezogenen Websites nur aufgebaut werden kann, wenn sie unabhängig, umfassend, übersichtlich und evidenzbasiert sind, und dies auffallend kenntlich gemacht wird. Damit die Interessen der Patienten befriedigt werden können, müssen die gewünschten Informationsinhalte individuell auf die unterschiedlichen Bedürfnisse zugeschnitten sein. Nur so kann ein hoher Zufriedenheitswert mit dem Ergebnis zustande kommen.

Die Problematik der Definition von Zufriedenheit, wovon sie abhängt, und wie sie zustande kommen kann, soll im nun einmal vor Augen geführt werden.

5 Das Konstrukt Zufriedenheit

Hinter dem Begriff der 'Patientenzufriedenheit im Gesundheitswesen' steht weit mehr, als dies auf den ersten Blick vermuten lässt. Er ist nicht zu vergleichen mit dem Begriff der Kundenzufriedenheit, den man im üblichen Sinne darunter versteht. Vielmehr ist er als ein multidimensionaler Begriff zu sehen, der von unterschiedlichen Aspekten und Komponenten der Leistungserstellung einerseits und Erwartungen der Patienten andererseits geprägt ist. Es gibt daher einen bedeutsamen Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und der Qualität der Versorgung (vgl. Blum et al. 2001, S. 25 f.).

Patientenzufriedenheit ist als ein Konstrukt aus unterschiedlichen subjektiven Aspekten und Komponenten zu sehen. Jeder Patient bewertet individuell und legt damit für sich selbst fest, wie Qualität auszusehen hat. Die Einschätzung dazu beruht auf dem Vergleich bisher gemachter subjektiver Erwartungen und Erfahrungen an eine Behandlung und Betreuung mit dem Erlebten. Zufriedenheit kommt dann zustande, wenn die erfahrene Behandlung und Versorgung die eigenen Bewertungskriterien übertrifft und wenn die Erwartungen an eine Behandlung zufriedenstellend sind (vgl. Blum et al. 2001, S. 29; Blitzer 2003, S. 456; Wingenfeld 2003, S. 10).

Applebaum et al. (2004) verwenden in diesem Zusammenhang den Begriff 'Modell der Erwartungsdiskrepanz'. Nach dieser Auffassung setzt sich Zufriedenheit aus der „kognitiven Einschätzung der empfangenen Leistung oder der Qualität verschiedener Merkmale der Leistung, verglichen mit den Erwartungen an diese Merkmale [...] und einer spontanen Reaktion auf diese Beurteilung“ (Applebaum et al. 2004, S. 34) zusammen. Allerdings hängt der Grad der Zufriedenheit nicht nur von Wunsch und Wirklichkeit ab, sondern auch von der Wertigkeit der Teilkomponenten, die als Priorität gesetzt werden. Nachweisbar wirken sich beispielsweise der Behandlungserfolg und die Kommunikation mit dem Personal im Gesamturteil, positiv wie negativ, stärker aus, als die Meinung über Bereiche, die nicht die Priorität besitzen, wie Unterkunft und Verpflegung (vgl. Blum et al. 2001, S. 29).

Bisher müssen die Patienten auf den Leistungswillen und die Ausbildung des Personals vertrauen. Zugleich muss dieses Vertrauen im kompletten Behandlungsprozess aufrecht erhalten werden. Die Notwendigkeit von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ist nur sehr begrenzt zu bewerten. Auch die Ergebnisqualität ist nicht zu beurteilen. Dieser hohe Unsicherheitsfaktor mit dem ebenfalls hohen Anteil von Glaubenseigenschaften lässt den Patienten zu einer subjektiven Qualitätseinschätzung gelangen, um eine akzeptable Unsicherheitsreduktion zu erhalten.

Die Wahl eines Krankenhauses bedingt also eine Orientierung an den glaubhaften Informationen. Dabei werden die Aussagen der Leistungsanbieter als sekundär betrachtet sondern eigene, sowie die Erfahrungen und Erlebnisse ehemaliger Patienten als Gradmesser herangezogen. Negative Erfahrungen von enttäuschten Kunden werden etwa viermal so häufig an Bekannte weiter gegeben als positive Erfahrungen (vgl. Hildebrand/ Martini 1999, S. 23 f.).

Beindet sich der Patient im Leistungsprozess, nimmt er die Qualität anders wahr. Hier orientiert er sich an so genannten Schlüsselfaktoren, die er nutzt, um eine Bewertung nicht einschätzbarer Prozesse zu erhalten. Beispielsweise schließen Patienten bei der Sauberkeit der Kittel nicht nur auf die Einhaltung der Hygienevorschriften sondern auch auf die Sorgfalt der ärztlichen Leistungen.

Eine weitere Beeinflussung der Qualität stellt die Patientenbeteiligung dar. In diesem Interaktionsprozess wird die Wahrnehmung der Qualität durch den Umgang mit Ärzten und Pflegepersonal beeinflusst. Obwohl der eigentliche Therapieerfolg hier nur mittelbar betroffen ist, trägt die qualitative Einschätzung der Interaktion wesentlich zur Qualitätswahrnehmung bei. Diese Wahrnehmung bezieht sich auch auf Bekannte, Freunde und Verwandte, die mit dem Krankenhauspersonal Kontakt haben (vgl. Hildebrand/Martini 1999, S. 25 f.).

Bleibt also festzuhalten, dass Zufriedenheit individuell, je nach Vorliebe, zustande kommt. Sie wird durch bereits Erlebtes wie auch durch das soziale Umfeld beeinflusst. Andererseits kann dies bedeuten, dass Erfahrungsberichte anderer wiederum subjektiv interpretiert werden können. Eine Orientierung an den Schlüsselfaktoren kann täuschen und ebenfalls zu einem nicht gewünschten Ergebnis bei der Suche nach einem Krankenhaus führen. Einen weiteren wichtigen Aspekt stellen die Arzt-Patienten-Beziehung, bzw. die Haltung des Pflegepersonals sowie der Behandlungserfolg bei der Einschätzung von Qualität dar.

Betrachtet man diese Ausführungen, bleibt die Frage, welche Daten erhoben, mit welchem Verfahren gearbeitet, und welche Faktoren Einfluss auf die Aussagekraft von Daten haben, um die Interessen der Patienten zu berücksichtigen.

6 Aussagekraft von Daten

In Deutschland besteht eine kontroverse wissenschaftliche Debatte mit welcher Methode die Patientenzufriedenheit, als Verhältnis von Erwartungen zu den tatsächlichen Erfahrungen, am genauesten gemessen werden kann. Derzeit werden die unterschiedlichsten Fragebögen entwickelt, die aber eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse nicht zulassen (vgl. Satzinger 1998, S. 101). Die Palette dazu reicht über leitfadengestützte persönliche Interviews über Gruppendiskussionen bis zu hoch standardisierten Erhebungsinstrumenten. Momentan werden standardisierte schriftliche Befragungen favorisiert (vgl. Blitzer 2003, S. 458). Die Möglichkeit eines Vergleiches von Ergebnisdaten einzelner Krankenhäuser, die zu einer verbesserten Transparenz für die Patienten führen würde, ist in Deutschland bisher nicht gegeben (vgl. Strodtholz/Badura 2006, S. 444; Blitzer et al. 2000, S. 10).

Wie in Kapitel zwei angesprochen, sind Qualitätsdaten von Krankenhäusern bisher lediglich über die gesetzlich strukturierten Qualitätsberichte zu erhalten. Diese positive Entwicklung kann allerdings nur als ein erster Schritt verstanden werden. Sie sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Veröffentlichung von Qualitätsberichten nur der Anfang sein kann, um den Patienten weitere Informationen über die Qualität der Versorgung geben zu können (vgl. Dierks/Schaeffer 2005, S. 141).

Erste freiwillige Daten bezüglich der Vergleichbarkeit von Behandlungsergebnissen und Patientenzufriedenheit wurden im 'Berliner Klinikvergleich' im letzten und vorletzten Jahr präsentiert. Auch das Projekt des so genannten 'Hamburger Krankenhausspiegel' von 2007 veröffentlichte die Behandlungsergebnisse aus 2005 und 2006 von 20 Hamburger Krankenhäusern auf freiwilliger Basis.

Die objektiven Qualitätsindikatoren sollten durch Patientenurteile und Patientenbefragungen ergänzt werden. Nur die Patienten selbst sind in der Lage zu bewerten, wie sie ihre gemachten Erfahrungen im Bezug auf Behandlung, Betreuung und Versorgung bewerten. Des Weiteren können sie auch Angaben zu Versorgungsketten machen und Probleme der Schnittstellen aufdecken (vgl. Blum 1998, S. 340 f.; SVRKAiG 2001, S. 113 f.; Dierks/Schaeffer 2005, S. 141). Dass Patientenurteile keinen eigenen Stellenwert im Rahmen einer Qualitätsbeurteilung haben können, beruht immer noch auf der Annahme, dass Patienten nicht die nötige Objektivität und auch nicht die medizinische Expertise besitzen, um den medizinischen Behandlungsprozess insgesamt beurteilen zu können. (vgl. Blitzer 2003, S. 456 f.; Dierks et al. 2001, S. 156 f.). Dem mag insofern Recht gegeben werden, da nicht alle Bereiche des Behandlungs- bzw. Versorgungsprozesses eingesehen werden können. Die Personalausstattung, wie auch die Qualifikation des Personals oder interne Abläufe sind nicht beurteilbar. Schaut man allerdings nach den Teilaspekten des Behandlungsprozesses sowie des Heilungsverlaufes im Rahmen des Behandlungsergebnisses, sind es gerade diese Prozesse, die wegen ihrer Subjektivität ohne medizinisches Fachwissen von den Patienten hervorragend beurteilt werden können (vgl. Dierks/Schaeffer 2005, S. 142).

Systematisch angelegte Befragungen von Krankenhauspatienten gehen auf eine Pilot-Studie des amerikanischen 'Public Health Service' in der Mitte der 1950er Jahre zurück. Man bevorzugte auch 'patient satisfaction studies' mit denen man herausfinden wollte, wie Patienten ihren Arztbesuch oder auch den Krankenhausaufenthalt an sich beurteilen (vgl. Satzinger 1998, S. 102). Die direkte Einbeziehung der Patienten, wie etwa in England und den USA in Form eines 'Survey-Feedbacks' ließe sich auch in Deutschland platzieren. Studien hierzulande bestätigen, dass dieses Instrument als zuverlässiges Erfassungssystem von gesundheitsbezogener Lebensqualität angesehen werden kann. Nicht zuletzt zeichnet sich dieses System durch eine leichte Verständlichkeit und Handhabbarkeit für die Patienten aus. In seiner Funktion betrachtet dieses standardisierte Instrument den Patienten als Ganzes und berücksichtigt damit die individuellen Bedürfnisse, wie subjektive Erwartungen, Erfahrungen und Bewertungen, die eine Zufriedenheit ausmachen. Der 'SF 36 Health Survey' konzentriert sich auf die grundlegenden Dimensionen der subjektiven Gesundheit. Er wurde im Rahmen der so genannten 'Medical Outcome Study' entwickelt, welche die Leistung von Versicherungsunternehmen in Amerika prüft und umfasst 36 Fragen, die acht Dimensionen beinhalten (vgl. Bullinger 1998, S. 96 ff.). In Großbritannien und Dänemark beispielsweise ist es verpflichtend im Rahmen einer Qualitätsberichterstattung zum Qualitätsmanagement einen einheitlichen, standardisierten Fragebogen als Instrument zur Patientenbefragung einzusetzen (vgl. Guisset/Veillard 2005, S. 114 f.).

Auch die Faktoren Alter, Bildungsniveau, Sozialstatus unterliegen bei der Zufriedenheitsmessung einem erheblichen Einfluss. Gerade jüngere Patienten und solche mit höherem Bildungsabschluss sind in der Lage, sich kritisch zu äußern. Auch ist bekannt, dass bei abnehmendem sozialem Status die Zufriedenheit mit dem Arzt steigt. Die Begründung liegt in der Tatsache, dass Patienten aus obe-

ren sozialen Schichten höhere Erwartungen haben, während sich die Patienten aus unteren sozialen Schichten in der Regel mit der gegebenen Situation arrangieren.

Die Erwartungshaltung unterliegt noch weiteren Ausprägungen. So ist sie vom Lebensstil abhängig, genauso wie bereits Erlebtes und die Erwartungen an die Zukunft. Soziale Erwünschtheit, subjektives Empfinden, welches sich mit der Aufenthaltsdauer verändert, sowie der Einsatz von technischem Gerät haben unterschiedlichen Einfluss auf die Datenlage. Letztlich haben auch das Alter und das Geschlecht des behandelnden Arztes Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit. Studien zeigten auch, dass die Zufriedenheit niedriger sein kann, wenn von jüngeren Ärzten untersucht wird. Sie kann noch geringer ausfallen, wenn männliche Patienten von Ärztinnen behandelt werden (vgl. Neugebauer/Forst 2001, S. 21 f.).

Dierks und Blitzer (1998) favorisieren gegenüber den standardisierten Befragungen das Verfahren der Gruppendiskussionen (focus-groups). Durch die offene Vorgehensweise und die besondere Art der Kommunikation und Interpretativität könne die individuelle Meinung der Patienten festgehalten werden (vgl. hierzu auch Herrmann/Heintze 2005, S. 191). Ein weiterer Vorteil bestehe in der Tatsache, dass der kommunikative Austausch einen erweiterten Reflexionsrahmen bilde, der den Vorteil biete, dass auch scheinbar unwichtige Aspekte aufgegriffen und untersucht würden (vgl.

Dierks/Blitzer 1998, S. 69). Dieses Verfahren wurde in mehr als 49 Gruppendiskussionen mit über 400 Teilnehmern der unterschiedlichsten Einrichtungen und auch im Rahmen des Verbundprojektes des Bundesministers für Gesundheit 'Qualität in der Arztpraxis' erprobt. 80 % der Befragten betrachten dieses Erhebungsinstrument als wichtige Hilfe, um Patienteninteressen und die Zufriedenheit in den Einrichtungen zu erhöhen. Inwiefern die Ergebnisse der Diskussion im Qualitätsmanagement Berücksichtigung finden, wird von der Bereitschaft der Einrichtungen abhängen, diese Befragungen ernst zu nehmen (vgl. Dierks/Blitzer 1998, S. 76).

In diese Richtung zielt auch die qualitative, empirische Untersuchung der Bertelsmann Stiftung in 2006. Ziel dieser Erhebung ist der Aufbau eines umfassenden patientenorientierten Informationssystems zu Angebot und Qualität von Leistungserbringern. Dabei wurden Daten erhoben, die abseits von Qualitätsberichten und BQS-Daten liegen, um den objektiven Informationsbedarf von Patienten festzustellen, die sich für eine Versorgungseinrichtung entscheiden wollen. Diese Erhebung bezog sich auf Krankenhäuser, Hausärzte, ambulante Pflegedienste und Rehabilitationskliniken. Hier wurde das Fokusgruppenverfahren mit Diskussionsleitfaden unter Einschluss von Sozialstruktur, Alter, und Geschlecht durchgeführt. Die Organisation, Durchführung und Auswertung wurde von dem unabhängigen Picker-Institut Hamburg gGmbH durchgeführt. Erwähnt wird auch, dass Neutralität gerade durch Patientenbefragungen hergestellt würde, da es sich um subjektive Urteile handle, die eine hohe Glaubwürdigkeit haben (vgl. Picker-Institut, Ergebnisbericht Oktober 2006, S. 2 ff., u. S. 47).

Die unterschiedlichen Messmethoden und nicht standardisierte Fragemethoden machen eine Vergleichbarkeit der Krankenhäuser unmöglich. Aber nur eine Vergleichbarkeit von Daten ist dem Patienten bei der Auswahl eines Krankenhauses dienlich. Dies muss natürlich für die objektiven Qualitätsdaten, wie auch für die subjektiven Patienteninteressen Gültigkeit haben. Es zeigte sich, dass subjektive Patientenmeinungen bei den Patienten selbst ein hohes Maß an Glaubwürdigkeit besitzen, soweit sie von einem unabhängigen Institut durchgeführt werden. Hier bieten sich die Befragungsmethode des Picker-Institutes unter der Berücksichtigung der erwähnten Faktoren Alter, Sozialstatus etc. an, um herauszufinden, was den Patienten wichtig ist, wenn sie krank sind. Das von Dierks und Blitzer (1998) favorisierte Fokusgruppenverfahren im Rahmen des Verbundprojektes des Bundesministers für Gesundheit stützt diese Annahme und weist in die richtige Richtung.

Ein großes Problem liegt sehr wahrscheinlich in der Umsetzung der Befragungsergebnisse. Eine Auswertung in einem akzeptablen Zeitraum herzustellen dürfte eine der größten Herausforderungen darstellen. Des Weiteren stellt sich die Frage, inwiefern die Ergebnisse, gerade wenn es sich um negative handelt, veröffentlicht werden müssen. Ebenso interessant erscheint die Frage nach der Interpretation der Ergebnisse zu sein, sowie die Bereitschaft Handlungsstrategien zu Qualitätsverbesserungen, die mit einer ausreichenden Akzeptanz des Personals einhergehen müssen, folgen zu lassen.

Nachdem nun deutlich wurde, welche Problematik dieses Thema beinhaltet, sollen nun im nächsten Kapitel die Qualitätsdimensionen diskutiert werden, die von den Patienten bei der Suche nach einem Krankenhaus favorisiert werden. Die recherchierten Kriterien, die für die Patienten Priorität haben, zeigten wiederkehrende Themenbereiche.

7 Qualitätsdimensionen aus Patientensicht

Darüber, in welchem Ausmaß und in welchen Dimensionen sich die Verteilung in den Bevölkerungsschichten darstellt, liegen in Deutschland bisher nur wenige Erkenntnisse vor. Gleiches gilt auch für die Bedürfnisse, Präferenzen und Erwartungen der Patienten an Versorgungs- und Informationsangeboten (vgl. Schaeffer 2006, S. 12; Geraedts 2006, S. 165). Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Präferenzen aus Patientensicht weitgehend unabhängig von der Versorgungsstruktur und unwesentlich von der jeweiligen Erkrankung unterscheiden (vgl. Dierks et al. 2001, S. 153). Festzuhalten ist allerdings, dass Alter, Geschlecht und Schichtzugehörigkeit Variable sind, die unterschiedliche Ansprüche an die stationäre Versorgung präferieren (vgl. Grande et al. 2005, S. 212). Schaeffer (2006) sieht weitere Unterschiede der Bedürfnisse und Erwartungen bei Menschen mit unterschiedlichem ethnischen Hintergrund und bei akut und chronisch Kranken (vgl. Schaeffer 2006, S. 13). Ruprecht (2001) stellte dazu fest, dass die Bedürfnisse und Erwartungen Hilfebedürftiger im Wesentlichen länder- und systemübergreifend identisch sind. Welche Aspekte infolge einer Erkrankung aus Patientensicht für wichtig erachtet werden, „kann zumindest für den westlichen Kulturkreis als grundsätzlich beantwortet gelten.“ (Ruprecht 2001, S. 185).

In der nachfolgenden Übersicht werden die zentral zusammengefassten recherchierten Ergebnisse zur Relevanz der Qualitätsdimensionen aus Sicht der Patienten vorgestellt. Die einzelnen, hier in Themenbereiche zusammengefassten Kriterien, werden in den folgenden Abschnitten erläutert:

- Vertrauenswürdigkeit, emotionale Unterstützung, Integrität
- Kommunikation, Information und Aufklärung
- Medizinische und pflegerische Kompetenz
- Organisation und Kontinuität der Versorgung
- Ausstattung

7.1 Vertrauenswürdigkeit, emotionale Unterstützung, Integrität

Vertrauenswürdigkeit ist eines der stärksten Kriterien, bedenkt man, dass man sich in die Obhut Anderer begeben muss. Es können beispielsweise nicht zu überschauende Schwierigkeiten oder Krisen auftreten. Entscheidungen betreffend die Gesundheit können möglicherweise nicht mehr selbstständig oder gemeinsam getroffen, sondern müssen fremden Personen überlassen werden. In diesen Situationen, die Lebensängste hervorrufen können, möchten die Patienten das Gefühl von Sicher-

heit, Verlässlichkeit, Seriosität und Glaubhaftigkeit vermittelt bekommen (vgl. Schaeffer 2006, S. 14). Krankheit und Pflegebedürftigkeit gehen mit einer weitgehenden Verunsicherung einher. Sie betrifft die körperliche, geistigseelische und soziale Integrität. Gerade chronische Erkrankungen, die eine Aufnahme des gewohnten Lebens oft nicht mehr zulassen und einen progredienten Verlauf beinhalten, bedürfen einer besonderen mentalen Unterstützung (vgl. Wingenfeld 2003, S. 15).

Ängste und Befürchtungen sind zentrale Begleitumstände, die plötzlich auftreten und auch lang anhaltend sein können, wie etwa bei der Diagnose einer tödlich verlaufenden Erkrankung. Der Umgang und die Bewältigung dieser psychischen Belastung sind Voraussetzung zur Verbesserung der Compliance. Insofern ist in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung von Information und Aufklärung zu verweisen, die ebenfalls als eine zentrale Dimension zur Verbesserung der Versorgungsqualität zählen. Es wird beklagt, dass die Gespräche mit Ärzten und Pflegepersonal als nicht ausreichend empfunden wurden. Daraus folgt, dass die bestehenden Ängste nicht reduziert wurden (vgl. Braun/Müller 2006, S. 43 ff.). Vielfach werden auch Einzelgespräche unter Zuhilfenahme eines Psychologen gewünscht. Während die Schwerpunkte bei orthopädischen Patienten in den Bereichen Motivation und Zuversicht lagen, stand bei kardiologischen Patienten der Umgang mit der Angst im Vordergrund (vgl. Grande et al. 2005, S. 118). Eine Analyse von Blum (1998) ergab, dass eine entsprechende emotionale Betreuung einen signifikanten Einfluss auf die Schmerzkontrolle und die Reduzierung des Behandlungsstresses hat (vgl. Blum 1998, S. 172). Laut Umfragen des Picker-Institutes (2006) zählt eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung zu den wichtigsten subjektiven Dimensionen, deren Aufbau durch Aufklärung und einer niederschweligen Informationsvermittlung gefördert wird (vgl. Picker-Institut 2006, S. 29).

Auch die Position der Angehörigen ist ein nicht zu unterschätzender Faktor. Sie begleiten den Erkrankten auf dem gesamten Weg des Versorgungsgeschehens. Oft übernehmen sie Betreuungs-, Organisations- und Koordinierungsfunktionen. Je nach Erfahrung funktionieren diese Case-Management-Funktionen mehr oder weniger gut (vgl. Schaeffer et al. 2003, S. 47; Wingenfeld 2005, S. 197). Sie sind auch diejenigen, die das Vertrauen des Erkrankten haben, ihn am besten kennen. Doch obschon sie im gesamten Versorgungsprozess anwesend sind und eine Betreuungsfunktion innehaben, werden sie in weiten Teilen der Kommunikation außen vor gelassen (vgl. insbes. Schweitzer et al. 2005, S. 298-304).

Letztlich ist anzuführen, dass Patienten einen respektvollen Umgang wünschen. Dazu gehören die einfachsten Regeln des Umganges, wie Anklopfen vor Betreten des Zimmers, persönliche Ansprache, Mitgefühl, Rücksichtnahme; Schutz der Privat- und Intimsphäre und Respekt vor dem Besitz des Patienten (vgl. Schaeffer 2006, S. 18; Satzinger/Werner 2005, S. 130).

Vertrauenswürdigkeit impliziert die Dimensionen Kommunikation, Information, Aufklärung und fachliche Kompetenz. Diese, wesentlich zur Wiederherstellung des geistigen und körperlichen Wohlbefindens beitragende Aspekte, sollen nachfolgend betrachtet werden.

7.2 Kommunikation, Information und Aufklärung

Seit langen werden im Gesundheitswesen die bestehenden Informations- und Kommunikationsdefizite beklagt (vgl. Schaeffer et al. 2003, S. 45; Schaeffer 2006, S. 19). Patienten wünschen sich an erster Stelle mehr Information, sowohl bei der Aufnahme als auch beim gesamten Versorgungsprozess. Dies geht aus einer schriftlichen Befragung von über 5000 Patienten in 26 deutschen Krankenhäusern hervor (vgl. Satzinger/Werner 2005, S. 144).

Besonders prominent ist der Wunsch nach einer verständlichen Ausdrucksweise und einer umfassenden Aufklärung, vor allem durch Ärzte. Die Teamarbeit sollte auf der kommunikativen Ebene so organisiert sein, dass die Patienten einheitliche Informationen und Empfehlungen erhalten und nicht durch widersprüchliche Aussagen verunsichert werden (vgl. Grande et al. 2005, S. 104).

Klemperer (2003) hat sich intensiv mit dem Thema 'Arzt-Patient-Kommunikation' auseinander gesetzt. Seine Studie belegt, dass Patienten von Ärzten eine umfassende Information über ihre Krankheit wünschen. Sie sollen Verständnis zeigen und sich für „ihre Deutung der Krankheit interessieren“ (Klemperer 2003, S. 39). Des Weiteren möchten sie, dass ihre Ängste verstanden werden und Wege aufgezeigt werden sie zu verarbeiten. Sie sollen dabei über einen Kommunikationsstil verfügen, der Vertrauen weckt, wenn Gespräche geführt werden, die ihre Behandlung betreffen. Auch möchten sie an der Entscheidungsfindung der Behandlung partizipieren und keine passiven Entscheidungen hinnehmen. Alle diese Voraussetzungen sorgen für verbesserte Behandlungsergebnisse und können als beweisgestützt (evidence-based) angesehen werden (vgl. Klemperer 2003, ebenda; Satzinger/Werner 2005, S. 142 f.). An dieser Stelle soll allerdings darauf hingewiesen werden, dass nicht alle Patienten in die Rolle einer gemeinsamen Entscheidungsfindung gedrängt werden wollen. Sie fühlen sich bei weitem nicht kompetent genug. Des Weiteren dürfte die Entwicklung in der sich die Patienten befinden auf erhebliche Widerstände seitens der medizinischen Profession treffen (vgl. Trojan 2003, S. 333).

Auch eine im Jahr 2002 veröffentlichte Studie zeigte, dass eine sorgsam und empathisch erhobene Anamnese nicht nur die Patientenzufriedenheit, sondern auch das Behandlungsergebnis verbessert. Um diese offensichtlich kommunikativen Defizite auszugleichen, wurde in der neu verabschiedeten Approbationsordnung für Ärzte von 2002 ein Schwerpunkt gesetzt, nachdem erkannt wurde, dass diese Kompetenzen in der Vergangenheit vernachlässigt und zudem für schwer vermittelbar gehalten wurden (vgl. SimmenrothNayda et al. 2007, S. A 847).

Laut Blitzer (2003) sind die Dimensionen 'Interaktion, Information und Aufklärung' im Falle einer Patientenbewertung die Aspekte, die zu einer positiven bzw. negativen Gesamtbewertung aus Patientensicht führen (vgl. Blitzer 2003, S. 457).

Anlass für eine zunehmende Unzufriedenheit stellen auch die eingeschränkten und veränderten Gesundheitsleistungen dar. Die Verunsicherungen beruhen auf dem Eindruck, dass die medizinische Profession nicht die Bedürfnisse der Patienten in den Mittelpunkt stellt, sondern zunehmend eigene, wirtschaftliche Aspekte gesehen werden, Aspekte die auf Grund kommunikativer Defizite entstehen, und auf Kapazitäts- und Qualifikationsprobleme zurück zuführen sind (vgl. Schaeffer/Schmidt-Kähler 2006, S. 72; Coulter/Magee 2005, S. 42).

Defizite scheinen aber auch in den sensiblen Bereichen zu bestehen, wenn es darum geht, dem Patienten eine infauste Prognose mitzuteilen, ohne Kenntnis darüber, welche Empfindungen ausgelöst und welche existenziellen Ängste hervorgerufen werden. Diese Situationen kennzeichnen eine vielfach würde- und hilflose Art und Weise der Verständigung mit Patienten und Angehörigen. Aber auch im Zeitraum der Diagnoseabklärung bestehen erhebliche Defizite, wobei die Patienten einer enormen Unsicherheit und psychischen Belastung ausgesetzt werden. Gleiches gilt auch in Bezug auf die Behandlung, in der die verbale Interaktion nach wie vor unzureichend ist. Deutlich defizitär ist auch das Wissen der Patienten über ihre Erkrankung, sowie über bestehende Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten (vgl. Schaeffer et al. 2003, S. 45; Schaeffer 2006, S. 19).

Eine weitere Bestätigung dieser Untersuchungen zeigt eine Patientenbefragung an öffentlichen Krankenhäusern von 2001 in München, Bremen und Salzburg 2002. Auch hier zeigt sich, dass die Patienten die kommunikativen Bedürfnisse, wie Informationen über die Diagnose, Behandlungspläne, -prozesse und -ergebnisse an erster Stelle sehen. Stations- und Tagesabläufe rangieren gleichauf, weit vor den materiellen Wünschen der Unterbringung und Verpflegung (vgl. Satzinger/Werner 2005, S. 145 f.). Ein ähnliches Ergebnis förderte eine im Jahr 1997 durchgeführte Untersuchung von 42 Krankenhäusern Schleswig-Holsteins zu Tage. Auch hier ergaben sich in erster Linie Defizite bei der Information über die Behandlung, die Eingriffe oder alternative Behandlungsmöglichkeiten, Aufklärung über die Krankheit, Unterbringung, Aufnahme und Empfang (vgl. Niemann 2001, S. 151).

Umfragen von Coulter und Magee (2005) zeigen, dass die kommunikativen Defizite in Deutschland im Besonderen in der Information, betreffend die Qualität von Krankenhäusern, ambulanter Versorgung und die fachliche Expertise von Fachärzten, bzw. Spezialgebieten liegen. Die Informationen scheinen insofern nicht ausreichend formuliert, weil immer öfter über eine Zweitmeinung Auskunft eingeholt wird (vgl. Coulter/ Magee 2005, S. 50). Allerdings wird vertreten, dass mit Pflegekräften leichter in ein Gespräch zu kommen ist als mit Ärzten. Der Grund hierfür liegt darin, dass sie die emotionalen Belange der Patienten einfach besser beurteilen und verstehen können. Sie sind diejenigen, die die Patienten mit zusätzlichen Informationen versorgen, in kritischen Situationen beruhigend und in belastenden Momenten unterstützend einwirken (vgl. ebenda, S. 44). Für die eigentliche Aufklärung über Krankheit und Therapie sehen die Patienten in erster Linie den Arzt und nicht das Pflegepersonal verantwortlich (vgl. Picker-Institut 2006, S. 30). Bemängelt wird auch die geringe zeitliche Ressource, die nicht erlaubt, intensive Gespräche mit den Ärzten zu führen, was zur Folge hat, dass die Patienten das Gefühl haben nicht in ihrem Sinne wahr genommen zu werden (vgl. Grande et al. 2005, S. 104 f.).

Deutlich wird auch, dass die tägliche Visite in der Erwartung des ärztlichen Kontaktes als wichtigstes Negativereignis formuliert wird. Das Urteil über die mangelnde Fähigkeit zur Kommunikation fällt regelmäßig schlechter aus, als alle anderen Aussagen, die sich auf das ärztliche Personal beziehen, wie beispielsweise fachliche Kompetenz, Freundlichkeit und Erreichbarkeit. Sogar das gesamte Resümee des Klinikaufenthaltes schneidet besser ab (vgl. Satzinger/Werner 2005, S. 127).

Insgesamt wird die Wahrnehmung patientenorientierter Aspekte in der Arzt-Patienten-Beziehung in Deutschland vergleichsweise schlecht bewertet (vgl. RKI 2004, S. 15). Unter nochmaligem Verweis auf die europäische Studie von Coulter und Magee (2005) wird belegt, dass der wichtigste Indikator in der Kommunikation gesehen wird. Medizinisches Fachwissen und die Kompetenz der Ärzte wird insgesamt für wichtig erachtet. (vgl. Coulter/Magee 2005, S. 42).

Dies sollte genügen, um zu verdeutlichen welche vielschichtigen Dimensionen durch eine mangelnde, wie fehlerhafte Kommunikation berührt werden. Auf die Thematik der medizinischen und pflegerischen Kompetenz soll nun im folgenden Kapitel Bezug genommen werden.

7.3 Medizinische und pflegerische Kompetenz

Es wird erwartet, dass eine hervorragende medizinische Behandlung gewährleistet werden kann. Darüber hinaus wird die Vorhaltung eines differenzierten diagnostischen und therapeutischen Angebotes präferiert (vgl. Schaeffer 2006, S. 15). Das Angebot und die Information von ergänzenden ganzheitlich alternativen unterschiedlichen Verfahren aus der Naturheilkunde werden ebenfalls von einigen Patienten gewünscht (vgl. Grande et al. 2005, S. 101).

Sehr großes Interesse besteht auch bei der Frage, ob nach den neusten Behandlungsmethoden verfahren wird, inwiefern der Patient mit in die Behandlung einbezogen wird, und welche Ergebnisse erreicht werden (vgl. Geraedts 2006, S. 166 f.). Dem folgen die Untersuchungen des Picker-Instituts (2006). Auch hier ist die Frage nach den Erfolgsraten bzw. Komplikationsraten ein starkes Indiz für Kompetenz bei der Krankenhauswahl. Herausgestellt wird aber auch, dass nicht alle Patienten hinsichtlich der Komplikationsraten aufgeklärt werden wollen. Für einige ist es ausreichend zu wissen, dass nach dem neusten Standard behandelt und der Erfolg damit attestiert wird (vgl. Picker-Institut 2006, S. 28).

Die Studie von Grande et al. (2005) zeigt ebenfalls ein großes Interesse von kardiologischen Reha-Patienten an einem professionellen Umgang mit Komplikationen im Zusammenhang mit einer räumlichen Nähe zur Akutversorgung (vgl. Grande et al. 2005, S. 115). Die Kriterien 'Motivation, Engagement, Freundlichkeit, Kompetenz und Erfahrung' der Ärzte, wie sie in amerikanischen Studien als Qualitätsaspekte vorgefunden wurden, zeigten sich auch hier prominent. Dies scheint darauf zurück zu führen zu sein, dass dieser Versorgungssektor einem ganzheitlichen Ansatz unterliegt und Qualitätsaspekte zur Rehabilitation untersucht wurden. Hier wurden explizit auch die psychosozialen Dimensionen berücksichtigt (vgl. Grande et al. 2005, S. 221).

Aus weiteren amerikanischen Studien geht hervor, dass Patienten von den Gesundheitsprofessionen eine Sicherstellung von individualisierter und bedarfsgerechter Versorgung erwarten und entsprechend ihrer subjektiven Problematik behandelt werden wollen (vgl. Schaeffer 2006, S. 15).

Wingenfeld (2005) fasst die Kriterien, die aus Sicht von Pflegebedürftigen eine gute Pflege auszeichnet, hypothetisch zusammen und stützt sich dabei auf Ergebnisse anderer Studien. Patienten möchten demnach, dass alle anfallenden Tätigkeiten, die sie selbst nicht mehr zu bewältigen wissen, abgenommen bekommen. Dies beinhaltet, dass Patienten in erster Linie eine vertrauensvolle, persönliche, durch Respekt und Wertschätzung gekennzeichnete Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten wünschen. Des Weiteren wird besonderer Wert auf Personenorientierung gelegt, welche die Bedürfnisse, Ansprache und Abstimmung bei der Durchführung der Pflegemaßnahmen beinhaltet. Ebenso existiert der Wunsch nach einer sorgfältigen mit Behutsamkeit und Engagement durchgeführten Pflege. Dazu gehört auch Kommunikation abseits der Pflege thematik, ausreichend Zeit, personelle Kontinuität, sowie Zuverlässigkeit und Erreichbarkeit (vgl. Wingenfeld 2005, S. 26 ff.). Letztlich wird fachliche Expertise neben der Ausbildung auch daran gemessen, inwiefern das Personal durch Weiterbildungsmaßnahmen auf dem neuesten Stand gehalten wird (vgl. Grande et al. 2005, S. 221).

Die bisher dargestellten Erwartungen bezogen sich in erster Linie auf die Dimensionen, die die persönliche Ebene betreffen. Abhängig davon ergeben sich vielfältige Erwartungen, die die internen Versorgungsstrukturen und die Organisation eines Krankenhauses betreffen.

7.4 Organisation und Kontinuität der Versorgung

Patienten stellen eine Reihe von Erwartungen an die stationäre Versorgung. Diese Erwartungen beziehen sich zum einen auf den internen Versorgungsprozess, wie Wartezeiten, personelle Kontinuität, Flexibilität, Transparenz und Service. Auf der anderen Seite erwarten die Patienten auch im Rahmen der Entlassung eine Versorgungskontinuität, die sich auch auf den Wechsel unterschiedlicher Versorgungssektoren beziehen (vgl. Ruprecht 2001, S. 185; Schaeffer 2006, S. 21). Beklagt wird auch eine zu geringe Information hinsichtlich der Gefahrensymptome auf die nach der Entlassung zu achten ist und darauf, wann mit einer Belastung begonnen werden kann (vgl. Ruprecht 2001, S. 191).

Der Entlassung aus dem Krankenhaus bedeutet für die Patienten unter Umständen eine zentrale Herausforderung. Für das zunehmende Patientenkontingent mit chronischen Erkrankungen, sowie multimorbide, ältere und hochbetagte Patienten ist die Zeit nach der Entlassung mit hohen gesundheitlichen Risiken verbunden (vgl. Schaeffer et al. 2003, S. 50; Wingefeld 2005, S. 7). Bereits 1993 verdeutlichte Schaeffer, dass eine Unterbrechung in der Versorgung auf Dauer einen neuen Versorgungsbedarf induzieren kann, der dann immer mit einem Verlust von Lebensqualität einhergeht (vgl. Schaeffer 1993, S. 272). Der Wunsch nach einer lückenlosen nachstationären Versorgung und Informationen über zukünftige Herausforderungen sowie das Entlassungsprozedere werden formuliert (vgl. Schaeffer 2006, S. 21).

Schmerz ist eine der Begleiterscheinungen, die Patienten am meisten fürchten. Die erfolgreiche und kontinuierliche Behandlung führt zu einer hohen Zufriedenheit in der Gesamtbewertung. Oft leiden die Patienten unter starken psychischen Beschwerden, sowie chronischen Schmerzen und Müdigkeit infolge operativer Intervention, wie auch unter funktionellen Beschwerden (vgl. Wingefeld 2005, S. 104 ff.). Die Untersuchungen von Braun und Müller (2006) ergaben, dass über die Hälfte aller Befragten während des Aufenthaltes unter Schmerzen litten. Starke Schmerzen zu haben gaben immer noch über 40 % der Befragten an. Eine Diskontinuität in der Schmerztherapie, so warnen Kritiker, könnte auch hier ein häufiger Grund für eine Wiedereinweisung sein (vgl. Braun/Müller 2006, S. 49).

Innerhalb der stationären Versorgung werden lange Wartezeiten bei der Aufnahme und bei Untersuchungen kritisiert. Auch hier wird eine entsprechende Entlassungsvorbereitung vermisst. Der Umstand des Zeitmangels der Ärzte und Pflegekräfte wird den Auswirkungen von Personalreduzierungen zugeschrieben (vgl. Picker-Institut 2006, S. 31).

Defizite in der Aufklärung über die Abläufe im Haus, Optimierung der pflegerischen Versorgung, vermehrte Zuverfügungstellung von Informationen betreffend der Nachbetreuung, Hilfestellung im Umgang mit der Krankheit sowie eine Optimierung der Organisation der Abläufe und die Reduzierung von Wartezeiten, zeigt auch die Untersuchung der Deutschen Angestellten Kasse im Vergleich mit 45 Krankenhäusern (vgl. Nickel et al. 1999, S. 187 f.). Insbesondere die langen Wartezeiten werden als belastend empfunden. Dies bezieht sich auf die immer wieder verzögerten Untersuchungsabläufe, die ein Warten auf dem Flur nötig machen sowie bei der Hilfe beim Toilettengang, wie auch die Zeit, die vergeht, bis jemand auf den Klingelton reagiert. Diese Situationen werden von den Patienten als würdelos und als Verletzung der Persönlichkeit empfunden (vgl. Satzinger/Werner 2005, S. 126; Schaeffer 2006, S. 20).

Von vielen Patienten wird eine verbesserte personelle Kontinuität gewünscht. Sie bezieht sich auf feste Bezugspersonen, die das individuelle Krankheitsbild kennen und als Ansprechpartner fungieren (vgl. Grande et al. 2005, S. 108). Laut Badura (1993) können Stresseemotionen wie Angst oder Hilflosigkeit durch eine Reduzierung von oft wechselnden Personen abgebaut werden. Die Problematik in Krisensituationen von ständig wechselnden Personen umgeben zu sein, wie auch der Umstand von technikintensiver Intervention, verbunden mit Hektik, führt zur Verletzung der Schamgefühle und steigert Aggressionen von Seiten des Patienten. Dies führt wiederum zu einem Vertrauensverlust mit einem verminderten Complianceverhalten (vgl. Badura 1993, S. 31).

7.5 Ausstattung

Laut Schaeffer (2006) beeinflusst die bauliche Gestaltung eines Krankenhauses maßgeblich das Suchverhalten der Patienten. Als zentrale Aspekte werden die Nähe zum Wohnort, die angrenzende Infrastruktur, bauliche Aspekte, sowie die Einrichtung, bzw. Ausstattung eines Hauses präferiert (vgl. Schaeffer 2006, S. 22 u. 44). Wichtig erscheint vor allem die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln, wie auch das Vorhandensein einer ausreichenden Anzahl von Parkplätzen. Im Vordergrund einer wohnortnahen Unterbringung steht hier der Wunsch nach einfachen Besuchsmöglichkeiten für Angehörige, Freunde und Bekannte (vgl. Grande et al. 2005, S. 76).

Wie bereits im letzten Kapitel referiert, ist die Wahrung der Privatsphäre ein großes Anliegen der Patienten. Folglich sind entsprechende Rückzugsmöglichkeiten für die Nutzer von besonderem Interesse (vgl. Schaeffer 2006, S. 22).

Die Atmosphäre und die Gestaltung der Räumlichkeiten sollen so angenehm wie möglich sein und wenig daran erinnern, dass man sich in einer Klinik befindet. Auch die Auswahl und die Qualität des Essens haben einen wichtigen Einfluss auf die Befindlichkeit (vgl. Picker-Institut 2006, S. 30; Grande et al. 2005, S. 93 f.).

Großes Interesse besteht auch an einer freien, uneingeschränkten Mobilität. So wird gewünscht, dass die Außenanlagen ohne großen Aufwand, auch mit Handläufen, erreichbar sind. Entsprechende Sitzmöglichkeiten sollen vorhanden sein. Ein Aspekt, der gerade von älteren und betagten Patienten als sehr wichtig erachtet wird. Darüber hinaus wünschen sie in den Besuchszeiten und der während der Nachtruhe ungestört zu sein.

Insgesamt ausschlaggebend ist, welchen Eindruck ein Krankenhaus auf den ersten Blick vermittelt. Eine gepflegte, warme Atmosphäre, sowie freundliche, einladende Räumlichkeiten, saubere Zimmer und Sanitäranlagen sind die Präferenzen, die dafür sorgen, dass sich die Patienten wohl fühlen (vgl. Schaeffer 2006, S. 23).

8 Fazit

Um die ausgehende Fragestellung dieser Arbeit, welche Qualitätskriterien aus Patientensicht für die Wahl eines Krankenhauses relevant sind, zu beantworten, sollen die herausgearbeiteten Kriterien noch einmal zusammenfassend betrachtet werden.

Wie die Recherche zeigte, stellt der Bereich 'Vertrauenswürdigkeit' die zentrale Dimension der Bedürfnishierarchie dar. Vertrauen kann als Basis gelten und ist als Grundlage ausschlaggebend dafür, in wessen Hände man sich begibt und wie mit den individuellen Bedürfnissen umgegangen wird. Sie entsteht, wenn entsprechende kommunikative Fähigkeiten vorhanden sind, die verständlich, glaubhaft, informativ und aufklärend sind. Sie führen letztlich zu einer partizipativen Entscheidung betreffend der Therapie mit hoher Compliance.

Primär möchten die Patienten Informationen darüber, wie die internen Versorgungsprozesse eines Krankenhauses gestaltet sind und wie die Behandlungsmethoden, Behandlungsergebnisse sowie das Schmerzmanagement aussehen. Dabei steht der Wunsch nach umfassender Information und Verständnis für die Lebenssituation im Vordergrund. Dies setzt entsprechende kommunikative Kompetenzen des Personals voraus.

Danach folgen Informationswünsche über die ärztliche und pflegerische Kompetenz. Einen wichtigen Aspekt stellt auch die Versorgungskontinuität im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt dar. Erwartet wird Kontinuität und Sicherheit in der Versorgung, die auch nach der Entlassung gewährleistet sein sollte.

Service, Güte des Essens, Ausstattung, Erreichbarkeit und feste Bezugspersonen sind Anliegen, die insgesamt für wichtig, aber nachrangig angesiedelt sind.

Um Glaubwürdigkeit zu erhalten und Misstrauen zu reduzieren werden unabhängige, nicht intern aufbereitete und vergleichbare Daten über die einzelnen Abteilungen eines Krankenhauses gewünscht. Sie sollen übersichtlich, leicht zugänglich und vor allem verständlich sein. Sind sie es nicht, werden sie nicht aufgenommen und können zur Entscheidungsfindung für die Wahl eines Krankenhauses nicht herangezogen werden.

Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser gehen am Bedarf der Patienten bislang vorbei und werden kaum genutzt. Es werden lediglich die gesetzlichen Anforderungen erfüllt. Daten zur Ergebnisqualität dürfen nur sporadisch und werden leider auch nicht freiwillig, in einem gewünschten Maß, bekannt gegeben. Vergleiche können nicht stattfinden.

Schaut man nach weiteren Informationsquellen, so wird der Hausarzt im persönlichen Kontakt als Entscheidungshilfe bis dato am häufigsten aufgesucht und herangezogen. Er besitzt demnach, neben den Personen des sozialen Umfeldes, immer noch die höchste Vertrauens- und Glaubwürdigkeit. Dies wird auch in Zukunft so bleiben. Allerdings werden die Hausärzte zunehmend von Patienten konsultiert, die via Internet vorinformiert sind und teilweise mit selbstgestellten Diagnosen und gezielteren Fragen aufwarten. Die Herausforderung seitens der Ärzteschaft wird darin bestehen diese neuen Anforderungen anzunehmen. Dies wird auch dazu führen, dass neben der fachlichen Expertise vermehrt Augenmerk auf evidente Informationen zur Behandlung gelegt wird. Natürlich haben nicht alle Patienten einen hohen Informationsbedarf. Manche wollen wie bisher geführt werden. Andere wiederum wollen zwar informiert werden, aber keine Therapieentscheidungen selbst treffen. Hier gilt es das entsprechende Feingefühl zu entwickeln. Zur Informationsgewinnung steht das Internet zunehmend im Interesse der Patienten. Dies zeigt die Zunahme der gesundheitsbezogenen Websites in den letzten Jahren in der Bundesrepublik. In den USA scheint die Tendenz dahin zu gehen, dass Informationen dieses Mediums bereits heute schon vor der Konsultation des Hausarztes als Informationsgrundlage dienen.

Die Nutzungsfrequenz des Internets wird in den nächsten Jahren weiter zunehmen. Der Umgang mit diesem Medium ist für die heute 40-jährigen und jüngeren Altersgruppen Normalität. Die Kluft zu den Älteren und Betagten unserer heutigen Gesellschaft, an denen Internetinformationen vorbeigehen wird sich deshalb in Zukunft verkleinern.

Die Frage der Zufriedenheit muss jeder Patient für sich selbst beantworten. Je nachdem, welche Dimensionen er präferiert, und wie die Erwartungen erfüllt wurden, werden sein Urteil und auch seine Empfehlung an Freunde und Verwandte ausfallen. Diese subjektiven Erfahrungswerte sind es, die die höchste Glaubwürdigkeit im Bezug zur Krankenhauswahl besitzen. Die Erfahrungen Anderer, die während des Versorgungsprozesses hinsichtlich der Qualität gemacht werden, sind für Informationssuchende am glaubhaftesten. Dies bedingt, dass die objektiven Daten mit den subjektiven Patientenerfahrungen kombiniert werden müssen. Auf diesem Wege wird den Patienten Orientierung gegeben und die Kompetenz verbessert. Es gilt die Insiderperspektive zu erweitern und gemeinsam mit den Patienten zu erarbeiten. Bisherige interne Patientenbefragungen mögen hilf-

reich sein. Sie dienen aber in erster Linie der Aufdeckung von Schwachstellen innerhalb der Kliniken. Zweckdienlich für die Patienten sind einheitliche Erhebungsmethoden, um die Befragungsergebnisse von Klinik zu Klinik vergleichbar machen zu können. Erste Schritte dazu hat das unabhängige Picker-Institut gemacht.

Nur unter diesen Voraussetzungen scheint es möglich zu sein, entsprechendes Vertrauen, nicht nur in Krankenhaussuchmaschinen, sondern auch in das gesamte deutsche Gesundheitswesen aufzubauen. Neben dem Hausarzt als primäre Informationsquelle, kann dann die Suche nach einem Krankenhaus via Internet als Grundlage und glaubwürdige Alternative bei der Wahlentscheidung gelten.

9 Literaturverzeichnis

- Applebaum, Robert, A.; Straker, Jane, K.; Geron, Scott, M. (2004): Patientenzufriedenheit. Benennen, bestimmen, beurteilen. Bern: Huber. (Amerikanische Originalausgabe. „Assessing Satisfaction in Health and Long-Term Care“, 2000).
- Badura, Bernhard (1993): Systemgestaltung im Gesundheitswesen: das Beispiel Krankenhaus. In: Badura, Bernhard; Feuerstein, Günter; Schott, Thomas (Hrsg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim; München: Juventa, S. 28 – 40.
- Badura, Bernhard; Schellschmidt, Henner (Hrsg.) (1999): Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Baden-Baden: Nomos.
- Badura, Bernhard (2000): Reform des Gesundheitswesens durch Aktivierung der Bürger, Versicherten und Patienten – Eine Einführung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, (Hrsg.): Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – Eine Länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und internationale Erfahrungen, Band 10. Köln: Schiffmann, S. 34 – 40. Online verfügbar unter: http://www.blumonday.at/news/docs/11294_BzGA_B%C3%BCrgerbeteiligung%20im%20Gesundheitswesen.pdf (18.02.2008).
- Bastian, Hilda; Sawicki, Peter T. (2005): Die Förderung von Patienteninformation und Patientenbeteiligung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. In: Härter, Martin; Loh, Andreas; Spies, Claudia (Hrsg.): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Köln: Deutscher Ärzteverlag, S. 69 – 77.
- Braun, Bernhard; Müller, Rolf (2006): Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. Ergebnisse einer wiederholten Patientenbefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 46. GEK, Gmünder ErsatzKasse (Hrsg.) Sankt Augustin: Asgard. Online verfügbar unter: <http://media.gek.de/downloads/magazine/GEK-Studie-Versorgungsqualitaet-Krankenhaus.pdf> (04.06.2007).
- Brechtel, Thomas (2004): Elektronische Gesundheitsinformation, oder: Wofür nutzen Versicherte das Internet? Gesundheitsmonitor 3. Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung. Online verfügbar unter: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-0A000F14-0B2A5924/bst/Gesundheitsmonitor_Sep04_4.pdf (19.05.2007).
- Bevan, Gwyn (2005): Qualitätsberichterstattung in England seit 1997. Übersetzung: Susanne Stollmann. In: Klaußer, Jürgen; Robra, Bernt-Peter; Schellschmidt, Henner (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2004. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz-Instrumente und Konsequenzen. Stuttgart: Schattauer, S. 95 – 110.
- Blitzer, Eva Maria; Dörning, Hans; Schwartz, Friedrich Wilhelm (2000): Lebensqualität und Patientenzufriedenheit nach Leistenbruch- und Hüftgelenkoperationen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 14. GEK, Gmünder ErsatzKasse (Hrsg.): St. Augustin: Asgard. Online verfügbar unter: <http://media.gek.de/downloads/magazine/GEK-Edition-Leistenbruch-Hueftgelenk.pdf> (28.05.2007).
- Blitzer, Eva Maria (2003): Die Perspektive der Patienten – Lebensqualität und Patientenzufriedenheit. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hrsg.); Badura, Bernhard; Busse, Reinhard; Leidl, Reiner; Raspe, Heiner; Siegrist, Johannes. Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. 2., völlig neu bearb. und erw. Aufl., München; Jena: Urban & Fischer, S. 453 – 460.
- Blum, Karl (1998): Patientenzentrierte Evaluation des ambulanten Operierens im Krankenhaus. In: Ruprecht M. Thomas (Hrsg.): Experten fragen – Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik, Band 12. Sankt Augustin: Asgard, S. 169 – 184.
- Blum, Karl; Satzinger, Walter; Buck, Renée (2001): Patientenbefragungen im Qualitätsmanagement. Eine Einführung in die Thematik. In: Satzinger, Walter; Trojan, Alf; Kellermann-Mühlhoff, Petra (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern: Konzepte, Methoden, Erfahrungen. Sankt Augustin: Asgard, S. 25 – 39.
- Bullinger, Monika (1998): Lebensqualitätsmessung mit dem SF- 36 Health Survey. In: Ruprecht M. Thomas (Hrsg.): Experten fragen – Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik, Band. 12. Sankt Augustin: Asgard, S. 93 – 100.
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2006): Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen. Referat Öffentlichkeitsarbeit, Paderborn: Bonifatius GmbH.

Coulter, Angela; Magee, Helen (2005): Zentrale Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in Europa. In: Badura, Bernhard; Iseringhausen, Olaf (Hrsg.): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Beiträge aus der Versorgungsforschung. Bern: Huber, S. 37 – 62.

Der Tagesspiegel, (2007): Der Große Klinikvergleich: Gesünder in Berlin. Berlin. Autor: Ingo Bach. Online verfügbar unter: <http://www.tagesspiegel.de/berlin/kliniktest/Klinikvergleich;art15234,2323229> (04.03.2008).

Dierks, Marie-Luise; Blitzer, Eva-Maria; Haase, Ingo; Schwartz, Friedrich Wilhelm (1995): Die Perspektive der Patienten in der Beurteilung der Qualität hausärztlicher Versorgung – Patientenerwartungen und die praktische Relevanz von Patientenbefragungen durch focus-group-discussions. In: Haase, Ingo; Dierks, Marie-Luise; Schwartz, Wilhelm (Hrsg.): Patientenbedürfnisse im Gesundheitswesen: Die Rolle von Patientenbedürfnissen in der Reformdiskussion des deutschen Gesundheitswesens, Public Health, Band 4. Sankt Augustin: Asgard, S. 145 – 156.

Dierks, Marie-Luise; Blitzer, Eva-Maria (1998): Die Patientenperspektive im Qualitätsmanagement – Focus-group-discussion als qualitatives Erhebungsinstrument. In: Ruprecht M. Thomas (Hrsg.): Experten fragen – Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik, Band. 12. Sankt Augustin: Asgard, S. 69 – 76.

Dierks, Marie-Luise; Bitzer, Eva-Maria; Lerch, Magnus; Martin, Sabine; Röseler, Sabine; Schienkiewitz, Anja; Siebeneck, Stefanie; Schwartz, Friedrich-Wilhelm (2001): Patientensouveränität: Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr. 195 / August 2001. Online verfügbar unter: <http://elib.uni-stuttgart.de/opus/volltexte/2004/1882/pdf/AB195.pdf> (04.06.2007).

Dierks, Marie-Luise; Schwartz, Friedrich Wilhelm (2003): Patienten, Versicherte, Bürger – die Nutzer des Gesundheitswesens. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hrsg.); Badura, Bernhard; Busse, Reinhard; Leidl, Reiner; Raspe, Heiner; Siegrist, Johannes. Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. 2., völlig neu bearb. und erw. Aufl. München; Jena: Urban & Fischer, S. 314 – 321.

Dierks, Marie-Luise; Diel, Franziska, Schwartz, Friedrich, Wilhelm (2003): Stärkung der Patientenkompetenz: Information und Beratung. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hrsg.); Badura, Bernhard; Busse, Reinhard; Leidl, Reiner; Raspe, Heiner; Sigrist, Johannes. Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. 2., völlig neu bearb. und erw. Aufl. München; Jena: Urban & Fischer, S. 339 – 348.

Dierks, Marie-Luise; Schäffer, Doris (2005): Information über die Qualität der gesundheitlichen Versorgung – Erwartungen und Forderungen der Patienten. In: Klauber, Jürgen; Robra, Bernt-Peter; Schellschmidt, Henner (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2004. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz- Instrumente und Konsequenzen. Stuttgart: Schattauer, S. 135 – 150.

Dierks, Marie-Luise; Seidel Gabriele; Horch, Kerstin; Schwartz, Friedrich Wilhelm (2006): In: Robert Koch Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen, Heft 32, Oktoberdruck: Berlin. Online verfügbar unter: http://www.rki.de/cln_049/nn_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/buergerorientierung,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/buergerorientierung.pdf (31.05.2007).

Eichhorn, Siegfried (1993): Patientenorientierte Krankenhausorganisation. In: Badura, Bernhard; Feuerstein, Günter; Schott, Thomas (Hrsg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim; München: Juventa, S. 241 – 253.

Feldmann, Klaus (2005): Aktive Sterbehilfe: soziologische Analysen. Online verfügbar unter: http://www.erz.uni-hannover.de/~feldmann/feldmann_sterbehilfe.pdf (01.01.2008).

Geraedts, Max (2006): Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versichertensicht. Online verfügbar unter: http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_20030_20031_2.pdf (05.06.2007).

Gesundheitsstadt Berlin (2006): Einführung Berliner Klinikvergleich. Gesund in Berlin. Online verfügbar unter: <http://www.gesundheitsstadt-berlin.de/gesundheitsstandort-berlin/klinikvergleich-2006/einfuehrung/> (04.03.2008).

Görschlüter, Petra (1998): Das Krankenhaus der Zukunft; Integriertes Qualitätsmanagement zur Verbesserung von Effektivität und Effizienz. Stuttgart; Berlin; Köln. 2. überarb. Aufl.: Kohlhammer.

Grande, Gesine; Rompel, Matthias; Staender, Johannes; Badura, Bernhard (2005): Qualitätsberichterstattung in der Rehabilitation – Qualitätskonzepte von Patienten, Medizinern und Sozialdienstmitarbeitern. Online verfügbar unter: <http://www.rehaforschung.de/qualitaetsberichterstattung/abschlussbericht.pdf> (26.05.2007).

- Guisset, Ann-Lise; Veillard, Jeremy (2005): Überlegungen zur Krankenhausberichterstattung in Europa. In: Klauber, Jürgen; Robra, Bernt-Peter; Schellschmidt, Henner (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2004. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz- Instrumente und Konsequenzen. Stuttgart: Schattauer, S. 111 – 133.
- Herrmann, Markus; Heintze, Christoph (2005): Integration von Qualitätsdarlegung in die Arzt-Patienten-Beziehung an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. In: Klauber, Jürgen; Robra, Bernt-Peter; Schellschmidt, Henner (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2004. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz- Instrumente und Konsequenzen. Stuttgart: Schattauer, S. 179 – 196.
- Hildebrandt, Helmut; Martini, Oliver (1999): Weshalb müssen Krankenhäuser wissen, wie ihre Patienten sie beurteilen. In: Schupeta, Eckhard; Hildebrandt, Helmut (Hrsg.): Patientenzufriedenheit messen und steigern: was Krankenhäuser von Patienten lernen können; Erfahrungen und Folgerungen aus einem Vergleich von 45 Krankenhäusern durch Versicherte der DAK. Sankt Augustin: Asgard.
- Iseringhausen, Olaf; Hartung, Susanne; Badura, Bernhard (2005): Das Public Health Portal: Versorgungsoptimierung durch bevölkerungs- und systembezogene Wissensangebote. In: Badura, Bernhard; Iseringhausen, Olaf (Hrsg.): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Beiträge aus der Versorgungsforschung. Bern: Huber, S. 278 – 289.
- Klemperer, David (2003): Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patienten-Kommunikation. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. Online verfügbar unter: <http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2003/i03-302.pdf> (08.06.2007).
- Kranich, Christoph (1995): Qualitäts-Orientierung im Gesundheitswesen. In: Haase, Ingo; Dierks, Marie-Luise; Schwartz, Wilhelm (Hrsg.): Patientenbedürfnisse im Gesundheitswesen: Die Rolle von Patientenbedürfnissen in der Reformdiskussion des deutschen Gesundheitswesens, Public Health, Band 4. Sankt Augustin: Asgard, S. 35 – 40.
- Kummervold, Egil; Chronaki, Catherine E; Lausen, Berthold; Prokosch, Hans-Ulrich; Rasmussen, Janne; Santana, Silvina; Staniszewski, Andrzej; Wangberg, Silje Camilla (2007): eHealth Trends in Europe 2005-2007: A Population-Based Survey In: Journal of Medical Internet Research. Online verfügbar unter: <http://www.jmir.org/2008/4/e42> (05.01.2009).
- Neugebauer, Birgit; Porst, Rolf (2001): Patientenzufriedenheit, Ein Literaturbericht. Online verfügbar unter: http://193.175.239.100/Publikationen/Berichte/ZUMA_Methodenberichte/documents/pdfs/tb01_07.pdf (16.04.2007).
- Nickel, Stefan; Hildebrandt, Helmut; Trojan, Alf (1999): Patientenbefragungen im Spannungsfeld von Wissenschaft und Praxis. In: Schupeta, Eckhard; Hildebrandt, Helmut (Hrsg.): Patientenzufriedenheit messen und steigern: was Krankenhäuser von Patienten lernen können; Erfahrungen und Folgerungen aus einem Vergleich von 45 Krankenhäusern durch Versicherte der DAK. Sankt Augustin: Asgard, S. 153 – 192.
- Niemann, F.-Michael (2001): Repräsentative Patientenbefragungen in schleswig-holsteinischen Krankenhäusern zur Einleitung und Evaluation qualitätsverbessernder Maßnahmen. In: Satzinger, Walter; Trojan, Alf; Kellermann-Mühlhoff, Petra (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern: Konzepte, Methoden, Erfahrungen. Sankt Augustin: Asgard, S. 151 – 166.
- Picker-Institut Deutschland (2006): Ergebnisbericht Oktober 2006. Qualitative Evaluation von patienten- und bedarfsgerechten Informationen über Gesundheitseinrichtungen. Online verfügbar unter: http://www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xbc/SID-0A000F14-CCE901B2/bst/FokusgruppenBericht_Picker_061024.pdf (03.04.2007).
- Ruprecht, Thomas (2001): Patientenbefragungen als Qualitätsindikator – das Picker-Modell. In: Satzinger, Walter; Trojan, Alf; Kellermann-Mühlhoff, Petra (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern: Konzepte, Methoden, Erfahrungen. Sankt Augustin: Asgard, S. 181 – 194.
- RKI, Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2004): Gesundheitsbezogene Lebensqualität. Das Instrument SF-36. Online verfügbar unter: http://www.rki.de/cln_049/nn_196910/DE/Content/GBE/Auswertungsergebnisse/Lebensqualitaet/lebensqualitaet__inhalt.html?__nnn=true (03.06.2007).
- Satzinger, Walter (1998): Der Weg bestimmt das Ziel? Zur Rolle des Erhebungsverfahrens bei Befragungen von Krankenhauspatienten. In: Ruprecht M. Thomas (Hrsg.): Experten fragen – Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik, Band. 12. Sankt Augustin: Asgard, S. 101 – 108.

Satzinger, Walter; Werner, Angelika (2005): Gerechtigkeit im Krankenhaus – Mutmaßungen über Maßstäbe aus der Patientenperspektive. In: Kruckemeyer, Manfred, Georg; Marckmann, Georg; Wiesing, Urban (Hrsg.): Krankenhaus und soziale Gerechtigkeit. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 111 – 158.

Schaeffer, Doris (1993): Integration von ambulanter und stationärer Versorgung. In: Badura, Bernhard; Feuerstein, Günter; Schott, Thomas (Hrsg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim; München: Juventa, S. 270 – 291.

Schaeffer, Doris; Günnewig, Johannes; Ewers, Michael (2003): Versorgung in der letzten Lebensphase. Analyse einzelner Fallverläufe. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P 03-120. Online verfügbar unter: http://www.ipw-bielefeld.de/fileadmin/PDF/Publikationen/ipw_120.pdf (05.06.2007).

Schaeffer, Doris (Hrsg.) (2006): Bedarf an Patienteninformation über das Krankenhaus. Eine Literaturanalyse. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh. Online verfügbar unter: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/patienteninformationen.pdf> (05.06.2007).

Schaeffer, Doris; Schmidt-Kaehler, Sebastian (2006): Patientenberatung: wachsende Bedeutung und neue Aufgaben. In: Schaeffer, Doris; Schmidt-Kaehler, Sebastian (Hrsg.): Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Huber, S. 7 – 16.

Schaeffer, Doris; Dierks, Marie Luise (2006): Patientenberatung in Deutschland. In: Schaeffer, Doris; Schmidt-Kaehler, Sebastian (Hrsg.): Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Huber, S. 67 – 90.

Schreiber, Anke; Koubenec, Hans-Joachim (2005): Transparenz auf dem Gesundheitsmarkt – Information als Voraussetzung für einen aufgeklärten, selbstbestimmten Patienten. In: Swart, Enno; Ihle, Peter (Hrsg.): Routinedaten im Gesundheitswesen. Bern: Huber, S. 397 – 403.

Schweitzer, Susanne; Oorschot v. Birgitt; Köhler, Norbert; Leppert, Karena; Steinbach, Kerstin; Hausmann, Christopher; Anselm, Reiner (2005): Der Patient und seine Familie. Einstellungen und Mitsprachemöglichkeiten von Angehörigen palliativ behandelter Tumorkranken. Online verfügbar unter: http://www.med.uni-jena.de/mpsy/pdf/Kurs/Patient_Familie.pdf (05.06.2007).

Simmenroth-Nayda, Anne; Chenot, Jean François; Fischer, Thomas; Scherer, Martin; Stanske, Beate; Kochen, Michael (2007): Medizinstudium: Mit Laienschauspielern das ärztliche Gespräch trainieren. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 13, S. A 847 – 52. Online verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=55017> (05.02.2008).

Specke, Helmut, K. (2005): Der Gesundheitsmarkt in Deutschland; Stellung des Patienten im Gesundheitssystem. 3. Aufl. Bern: Huber.

Streif, R.; Maciejek, S.; Kleinfeld, A.; Blumenstock, G.; Reiland, M.; Selbmann, H. K. (2007): Informationsbedarf und Informationsquellen bei der Wahl eines Krankenhauses. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, Stuttgart: Thieme, Heft 12, S. 113 – 120.

Strodtholz, Petra; Badura, Bernhard (2006): Patientenorientierung im Gesundheitswesen durch Patientenbefragung. In: Wendt, Claus; Wolf, Christof (Hrsg.): Soziologie der Gesundheit; Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 46: Köln, Verlag für Sozialwissenschaften (VS), S. 444 – 463.

Sturm, Heidrun; Trojan, Alf; Hildebrandt, Helmut (1999): Resonanz und Perspektiven. Wie reagierten die Hamburger Krankenhäuser auf ihre Beurteilung durch die DAK-Patientenbefragung. Ergebnisse einer Befragung von Krankenhausleitungen. In: Schupeta, Eckhard; Hildebrandt, Helmut (Hrsg.): Patientenzufriedenheit messen und steigern: was Krankenhäuser von Patienten lernen können; Erfahrungen und Folgerungen aus einem Vergleich von 45 Krankenhäusern durch Versicherte der DAK. Sankt Augustin: Asgard, S. 193 – 211.

SVRKaiG, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band I: Zielbindung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Bonn: Bundesanzeiger, Verlagsgesellschaft mbH.

SVRKaiG, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Bd. III 1: Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker. Baden-Baden: Nomos.

SVRKaiG, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Bonn: Bundesanzeiger, Verlagsgesellschaft mbH.

Trojan, Alf (2003): Der Patient im Versorgungsgeschehen: Laienpotential und Gesundheitsselbsthilfe. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hrsg.); Badura, Bernhard; Busse, Reinhard; Leidl, Reiner; Raspe, Heiner; Sigrist, Johannes. Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen: 2., völlig neu bearb. und erw. Aufl. München; Jena: Urban & Fischer, S. 321 – 333.

Wingenfeld, Klaus (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. P 03-124. Online verfügbar unter: http://www.ipw-bielefeld.de/fileadmin/PDF/Publikationen/ipw_124.pdf (05.06.2007).

Wingenfeld, Klaus (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Huber.

Qualitätsdimensionen und Qualitätsindikatoren der Krankenhausbehandlung

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	31
2	Qualität in der Gesundheitsversorgung	32
2.1	Gesetzliche und politische Rahmenbedingungen	32
2.2	Qualitätsdefinitionen	32
2.3	Qualitätsdimensionen	33
3	Qualitätsindikatoren in der Krankenhausbehandlung	35
3.1	Begriff und Einteilung von Qualitätsindikatoren	35
3.2	Anforderungen an Eigenschaften von Qualitätsindikatoren	36
3.3	Indikatorensysteme	37
4	Qualitätsberichterstattung in Deutschland	38
4.1	Strukturierter Qualitätsbericht nach § 137 SGB V	39
4.2	BQS-Daten	41
4.3	Zertifizierungsverfahren	43
5	Qualitätsinformationen aus Routinedaten	44
5.1	Qualitätssicherung mit Routinedaten	45
5.2	Mindestmengen und Fallzahlen	47
6	Erfahrungen und Positionen zum Qualitätsvergleich	48
7	Fazit	49
8	Literatur	51

1 Einleitung

Zunehmend bieten verschiedene Internetportale Suchmaschinen für die Wahl eines Krankenhauses an. Der Nutzer soll anhand der ihm zur Verfügung gestellten Suchergebnisse ein Krankenhaus auswählen können, das seinen Bedürfnissen und Qualitätsansprüchen gerecht wird. An erster Stelle richten sich diese Angebote an den Patienten selbst, aber auch an interessierte Dritte mit beratender Funktion, wie Angehörige oder Ärzte, die den Patienten in seiner Entscheidungsfindung unterstützen.

Ziel des folgenden Teils ist die Identifikation von Qualitätsindikatoren, die sich aus Expertensicht für eine vergleichende Darstellung der Behandlungsqualität in Krankenhäusern eignen. Grundlage hierfür ist die Aufbereitung der deutschsprachigen Fachdiskussion über Qualitätsindikatoren und Qualitätsdimensionen in der Krankenhausbehandlung.

Am Anfang stehen Überlegungen zur Definition von Qualität und zu Qualitätskonzepten. Die Definition von Qualität in der Krankenhausbehandlung bildet die Basis für die Betrachtung von Qualitätsindikatoren. Ein Überblick über die aktuelle Qualitätsberichterstattung zeigt, welche Inhalte der existierenden Ansätze und Systeme sich bereits für einen fundierten Qualitätsvergleich eignen. Der Schwerpunkt liegt auf dem Qualitätsbericht nach §137 SGB V und den seit 2006 darin enthaltenen Informationen zur Behandlungsqualität der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS). Als weitere Datenbasis stehen im deutschen Gesundheitssystem Routinedaten zur Verfügung, die

primär für Abrechnungszwecke erhoben werden. Es ist daher zu prüfen, ob aus diesen Daten relevante Qualitätsinformationen gewonnen werden können. Aus diesen Überlegungen heraus werden geeignete Kriterien für eine vergleichende Darstellung der Behandlungsqualität abgeleitet, die den Nutzer bei der Wahl eines geeigneten Krankenhauses unterstützen können. Dabei werden internationale Erfahrungen aus dem Krankenhausvergleich, sowie die Positionen der Akteure im deutschen Gesundheitswesen berücksichtigt.

2 Qualität in der Gesundheitsversorgung

Die Qualität in der medizinischen Versorgung wird zunehmend in den Mittelpunkt gesundheitspolitischer und gesetzgeberischer Konzepte gestellt. Die dahinter stehenden Überlegungen sehen den Patienten in einer neuen Rolle als informierten Verbraucher, der sich in einem von Preis und Qualität bestimmten Wettbewerb für das bessere Angebot entscheidet. Für die Kostenträger soll damit ein Anreiz zur Verbesserung der Versorgungsqualität geschaffen werden (vgl. Schrappe 2004, S. 267).

Dem Verbraucher müssen allerdings geeignete Informationen zur Verfügung gestellt werden, damit er seiner ihm zugedachten Rolle gerecht werden kann. Die Bewertung der Leistungsanbieter erfolgte bisher erfahrungsgeleitet auf Grundlage von Empfehlungen von behandelnden Ärzten, Verwandten oder Personen aus dem sozialen Umfeld. Um eine fundierte Entscheidung treffen zu können, werden aber verlässliche, wenn möglich vergleichende, Informationen zu Heilungs-, Komplikations-, Mortalitätsraten oder der Lebensqualitätszunahme nach einer Behandlung benötigt (vgl. SVRKAiG 2003, S. 255).

2.1 Gesetzliche und politische Rahmenbedingungen

In der Krankenhausversorgung besteht nach §137 SGB V für zugelassene Krankenhäuser nach §108 SGB V die Verpflichtung zur Veröffentlichung eines strukturierten Qualitätsberichts, in dem der aktuelle Stand der Qualitätssicherung dargestellt wird. Dieser Qualitätsbericht wird im Zweijahresabstand erstellt und verpflichtend im Internet veröffentlicht. Zugelassene Krankenhäuser sind außerdem nach §137 Abs. 1 i.V.m. §135a SGB V verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Das vorrangige Ziel dieser externen vergleichenden Qualitätssicherung ist die Verbesserung der Ergebnisqualität.

Die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Durchführung des Verfahrens beauftragt. Ausgewählte Ergebnisse dieses Verfahrens sind erstmals für jeden zugänglich in den Qualitätsberichten für das Jahr 2006 enthalten. Qualität wird auf diese Weise auch als Steuerungsinstrument genutzt, mit dem unter anderem den vermeintlich qualitätsverschlechternden Auswirkungen von Reformen, wie der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG's), begegnet werden soll (vgl. Schrappe 2004, S. 267; Lütticke/Schellschmidt 2005, S. 199). Den Kostenträgern wird dazu in §137 SGB V ausdrücklich das Recht eingeräumt, die Versicherten und die Vertragsärzte auf Basis der Qualitätsberichte über Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser zu informieren und Empfehlungen auszusprechen (vgl. Schrappe 2004, S. 267).

2.2 Qualitätsdefinitionen

Für den Begriff Qualität (lat.: Beschaffenheit, Eigenschaft) gibt es in der Literatur keine einheitliche Definition. Daher kommt es darauf an, wer Qualität definiert und zu welchem Zweck Qualitätsdaten erhoben werden (vgl. Matthes/Wiest 2003, S. 161).

Eine allgemeine Definition von Qualität findet sich in der DIN EN ISO 8402 von 1995. Darin wird Qualität als die Gesamtheit der Merkmale einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen definiert (vgl. Schrappe 2004, S. 270). Es bedarf also einer genauen Bestimmung der Erfordernisse, um daraus den Grad der Zielerreichung abzuleiten. Die Beschränkung auf sachliche Produkte wird in der überarbeiteten Fassung der DIN-Definition aus dem Jahr 2000 auf Dienstleistungen und Prozesse erweitert. Darin wird Qualität als das Vermögen einer Gesamtheit inhärenter Merkmale eines Produkts, Systems oder Prozesses zur Erfüllung von Forderungen von Kunden und anderen interessierten Parteien definiert. Diese Ergänzung ermöglicht eine bessere Anwendung dieser Definition auf die Erfordernisse im Gesundheitswesen, da sie den Dienstleistungsgedanken enthält (vgl. Schrappe 2004, S. 270).

Im Jahr 2001 wurde diese Ergänzung wieder zurück genommen und Qualität als Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt, definiert. Der Dienstleistungsbegriff taucht in dieser Definition nicht mehr auf, wird aber in den zugehörigen Erläuterungen zu dieser Definition unter den Begriff Anforderungen gefasst (vgl. Schrappe 2004, S. 271). Anhand der erfolgten Anpassungen wird deutlich, wie schwer es ist, eine allgemeingültige und auf jede Situation anwendbare Definition von Qualität zu finden. Charakteristisch für diese allgemeinen Definitionen von Qualität ist ihre Eignung zur systemübergreifenden Beurteilung von Produkten und Prozessen. Dabei wird weder eine Wertung noch eine Interpretation bestimmter Eigenschaften vorgenommen. Eine Wertung entsteht allerdings durch die Auswahl der Merkmale einer Dienstleistung, die dem Begriff Qualität zugrunde gelegt werden (vgl. Schrappe 2004, S. 271). Es ist daher von Bedeutung, von wem diese Merkmale ausgewählt werden und wie der Grad der Zielerreichung bestimmt wird. Übertragen auf Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung ergeben sich einige Besonderheiten. Der Kunde Patient muss bei der Erbringung der Dienstleistung persönlich anwesend sein. In dieser persönlichinteraktiven Ausprägung ist der Patient als Koproduzent der zu erbringenden Dienstleistung zu sehen (vgl. Schrappe 2004, S. 271). Daraus ergeben sich unterschiedliche Standpunkte, die von den jeweiligen Erwartungen an die Behandlung bestimmt werden. Die Ziele von Patient und Leistungserbringer müssen nicht zwingend identisch sein. Während Wartezeiten in der Arztpraxis aus Sicht der Leistungserbringer auf eine schlechte Qualität in der Ablauforganisation hindeuten können, sind sie für den Patienten möglicherweise eine willkommene Gelegenheit sich mit anderen Wartenden zu unterhalten (vgl. Schrappe 2004, S. 272).

Qualität hat in der Gesundheitsversorgung also objektive und subjektive Anteile. Die objektiven Anteile, wie die genannte Wartezeit sind eindeutig messbar. Die subjektiven Anteile unterliegen der unterschiedlichen Bewertung aus Sicht der Leistungserbringer und der Patienten. Darüber hinaus ergibt sich eine intersubjektive Betrachtung, die in Zeiten knapper Ressourcen die wirtschaftlichen Merkmale der Qualität in der Gesundheitsversorgung betont.

2.3 Qualitätsdimensionen

Die Betrachtung von Qualität in der Gesundheitsversorgung beruht größtenteils auf der nach Donabedian bereits 1966 getroffenen Unterteilung in Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität. Es handelt sich allerdings um keine starre Unterteilung, in der diese Dimensionen einzeln betrachtet werden. In seinem Konzept ist Leistung nur im Zusammenwirken dieser drei Dimensionen zu beurteilen (vgl. Matthes/Wiest 2003, S. 161).

Donabedian hat festgestellt, dass sich die Behandlungsqualität nicht an einzelnen Kriterien festmachen lässt. Vielmehr beeinflusst die Auswahl der zugrunde gelegten Kriterien die Lösungsansätze und Methoden in der Bewertung medizinischer Behandlung (vgl. Donabedian 1966, S. 167). Es geht

letztendlich darum, die medizinische Behandlung in ihrer Gesamtheit zu verstehen (vgl. Donabedian 1966, S. 171).

Die Strukturqualität bezieht sich auf die strukturellen, das heißt organisatorischen, personellen und technischen Rahmenbedingungen, unter denen die Leistungserbringung erfolgt. Strukturmerkmale lassen sich mit relativ einfachen Mitteln messen und darstellen. Neben der technischen Ausstattung zählt dazu beispielsweise die Qualifikation des Personals. Der ursächliche Zusammenhang zwischen Struktur und Prozess oder Struktur und Ergebnis ist allerdings nicht hinlänglich bewiesen (vgl. Donabedian 1966, S. 171).

Eine gute medizinische Versorgung verlangt außerdem eine optimale Koordination der Prozesse, um eine Kontinuität in der Behandlung zu gewährleisten. Zur Prozessqualität gehören beispielsweise eine angemessene und vollständige Gestaltung der Abläufe, die Vermeidung von Doppeluntersuchungen, sowie eine auf Leitlinien gestützte Behandlung (vgl. Donabedian 1966, S. 169). Die Prozessqualität beinhaltet die medizinischen und pflegerischen Kernprozesse, sowie die dazugehörigen unterstützenden Prozesse. Durch fachbezogene Empfehlungen, Leitlinien und Richtlinien können Prozesse dargestellt und vereinheitlicht werden (vgl. Matthes/Wiest 2003, S. 162). Prozessindikatoren sind durchaus für interne Verbesserungsprozesse hilfreich, können aber wie Strukturkomponenten schwer in einen direkten Bezug zur Ergebnisqualität gebracht werden (vgl. Matthes/Wiest 2003, S. 162). Gerade deshalb sind Strukturen und Prozesse auf eine Verbesserung der Ergebnisqualität auszurichten (vgl. Matthes/Wiest 2003, S. 163).

Ergebnisqualität meint in der Krankenhausbehandlung die Endresultate medizinischer und pflegerischer Versorgung. Zu den häufig verwendeten Indikatoren gehören die Sterblichkeitsrate bezogen auf die jeweilige Behandlung oder auch die Patientenzufriedenheit (vgl. Matthes/Wiest 2003, S. 162). Ergebnisindikatoren können aber auch Revisionsraten oder die soziale Wiedereingliederung bei psychiatrischen Patienten sein (vgl. Donabedian 1966, S. 167). Die meisten Menschen messen die Behandlung an der Wiederherstellung, Genesung und dem Überleben. Nicht für jede Erkrankung ist das Ergebnis allerdings der passende Indikator. Es stellt sich zum Beispiel die Frage, ob lebensverlängernde Maßnahmen unter gewissen Umständen einen Beweis für eine hochwertige medizinische Versorgung darstellen (vgl. Donabedian 1966, S. 168).

Ein weiteres Problem besteht in der Messung der Ergebnisse. Der Tod ist als Endpunkt einer Behandlung eindeutig und messbar, aber für Niedrig-Risiko-Operationen kein passender Indikator für die Behandlungsqualität. Andere Ergebnisse, wie die Patientenzufriedenheit, soziale Wiedereingliederung oder physische Beeinträchtigungen lassen sich schwerer beurteilen (vgl. Donabedian 1966, S. 168). Die Ergebnisse medizinischer Behandlung sind dazu von dem Verhalten des Patienten abhängig, wohingegen Strukturen und Prozesse fast ausschließlich von dem Leistungserbringer gestaltet werden (vgl. Matthes/Wiest 2003, S. 162 f.).

Insgesamt ist die Ergebnisqualität aussagefähiger und bedeutsamer, als die Struktur- und Prozessqualität (vgl. Matthes/Wiest 2003, S. 163; SVRKaiG 2003, S. 257; Hildebrand 2005, S. 27). Für jede Krankheit muss das Behandlungsergebnis gemessen, mit der jeweiligen Ausgangssituation des Patienten in Beziehung gesetzt und beurteilt werden (vgl. Hildebrand 2005, S. 27). Um die Behandlungsergebnisse zu untermauern, wären zusätzliche Datenerhebungen über den Klinikaufenthalt hinaus hilfreich, da das Behandlungsergebnis auch von ambulanten und rehabilitativen Maßnahmen abhängig ist (vgl. SVRKaiG 2003, S. 257; Donabedian 1966, S. 168). Die Komplexität der Erhebung der Ergebnisqualität wird besonders in operativen Fächern deutlich. Rezidive eines Kolon-

karzinoms oder die Lockerung einer Hüftprothese treten zum Teil erst Jahre nach der Behandlung auf (vgl. Matthes/Wiest 2003, S. 163).

Nach Schrappe hat Donabedians Konzept in der Praxis des Qualitätsmanagements inzwischen an Bedeutung verloren, da beispielsweise die Abgrenzung von Prozess- und Ergebnisqualität zu Problemen führt. Es macht seiner Ansicht nach keinen Sinn, wenn Probleme in der Prozessqualität nicht im Hinblick auf die Ergebnisqualität interpretiert werden. Außerdem lassen sich die interaktiven und gesellschaftlichen Anteile im Qualitätsverständnis in der Gesundheitsversorgung in dem Trias nach Donabedian nicht sinnvoll unterteilen (vgl. Schrappe 2004, S. 272).

Das Konzept von Donabedian ist nach wie vor die Grundlage für die Diskussion um Qualität in der deutschen Gesundheitsversorgung und Basis für gesetzgeberische Konzepte. Die Einteilung in Strukturen, Prozesse und Ergebnisse findet sich nicht nur im Qualitätsbericht nach §137 SGB V wieder. Der G-BA ist nach §137 Abs. 1 S. 3 Nr. 2 SGB V gefordert, indikationsbezogen Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität für Krankenhausleistungen festzulegen. Dazu getroffene Vereinbarungen beziehen sich derzeit auf die Fortbildung für Fachärzte, die Versorgung von Früh- und Neugeborenen und die Kinderonkologie (vgl. AOK 2008).

Die BQS verwendet Donabedians Konzept ebenfalls als Ausgangspunkt für Ihre Arbeit. Aufbauend auf Donabedians Einteilung hat die BQS zusätzlich die Indikationsqualität als Sonderform der Prozessqualität hinzugefügt. Die Indikationsqualität beschreibt bspw. die Gegenüberstellung von Nutzen und Risiko für den Patienten bei der Entscheidung für oder gegen eine Operation (vgl. BQS 2008d).

3 Qualitätsindikatoren in der Krankenhausbehandlung

Zur Beurteilung der Qualität in der Krankenhausbehandlung ist eine nachvollziehbare Beschreibung der betreffenden Leistungen notwendig. Dazu werden Indikatoren verwendet, die eine Messung des Leistungsgeschehens ermöglichen und entsprechend abbilden können. Allerdings eignet sich nicht jeder messbare Parameter als Qualitätsindikator. Indikatoren bilden jeweils nur einen kleinen Teil des gesamten Behandlungsprozesses ab. Die Schwierigkeit besteht darin, geeignete Indikatoren zu bestimmen, die einen Rückschluss auf die Behandlungsqualität im Krankenhaus zulassen. Eine der Ursachen für die methodischen Probleme bei der Auswahl liegt in der hohen Komplexität medizinischer Leistungserbringung, da am Versorgungsprozess mehrere Berufsgruppen beteiligt sind. Außerdem ist die Auswahl und die Bewertung der Indikatoren von dem jeweiligen Blickwinkel und Qualitätsverständnis abhängig (vgl. Schrappe 2004, S. 410). Wie im bereits unter 2.2 genannten Beispiel können Wartezeiten entweder als Zeichen eines Qualitätsmangels in der Ablauforganisation oder aus Sicht des Patienten als Gelegenheit für ein Gespräch im Wartezimmer gesehen werden. Bei der Entwicklung geeigneter Meßsysteme muss vorher klar definiert werden, welche Aspekte von Versorgungsleistung und Qualität erfasst werden sollen (vgl. Matthes/Wiest 2003, S. 168).

3.1 Begriff und Einteilung von Qualitätsindikatoren

Für den Begriff des Indikators wie auch für den Begriff Qualität gibt es keine einheitliche Definition. Grundsätzlich ist ein Indikator ähnlich der Kennzahl aus dem technischen und betriebswirtschaftlichen Bereich. Die BQS bezeichnet einen Qualitätsindikator auch als klinische Messgröße (vgl. BQS 2008a). Eine Definition, die den Blick auf negative Aspekte des Leistungsgeschehens lenkt, findet sich bei Schrappe: „Ein Indikator ist ein gut messbarer Parameter, der definierte unerwünschte Ereignisse valide vorhersagt“ (Schrappe 2004, S. 411). Der Indikator gibt nach dieser Definition die

Wahrscheinlichkeit an, mit der unerwünschte Ereignisse eintreten können. Weitreichender und umfassender ist die Definition der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) aus dem Jahr 1990, an der sich auch die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG) orientiert. „Ein Qualitätsindikator [...] ist ein quantitatives Maß, das zur Messung und Bewertung der Qualität wichtiger Ergebnisse, Prozesse und Strukturen der Gesundheitsversorgung genutzt werden kann“ (GQMG 2005). Auch nach dieser Definition ist ein Qualitätsindikator kein direktes Maß für Qualität, geht aber über die Betrachtung unerwünschter Ereignisse hinaus. Bereits enthalten ist eine Einteilung der Indikatoren nach Donabedians Qualitätsdimensionen. Die alleinige Betrachtung von Struktur-, Prozess- oder Ergebnisindikatoren ist für eine Bewertung der Behandlungsqualität nicht ausreichend. Strukturindikatoren sind zwar leicht zu messen, haben jedoch nur eine begrenzte Aussagekraft, da ein direkter Bezug zur Ergebnisqualität schwer herzustellen ist. Prozessindikatoren bilden das Versorgungsgeschehen besser ab, aber auch bei ihnen stellt sich die Frage, inwieweit durch sie ein Bezug zur Ergebnisqualität hergestellt werden kann. Ergebnisindikatoren haben insgesamt die stärkste Aussagekraft, da sie das Endergebnis der Behandlung abbilden (vgl. Matthes/Wiest, S. 162). Hier ist zu beachten, dass diese Indikatoren häufig Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität enthalten. Besonders in dieser Kombination verfügen Indikatoren über eine hohe Aussagekraft (vgl. Schrappe 2004, S. 413).

Angelehnt an das Einteilungsprinzip der JCAHO kann auf Krankenhausebene außerdem zwischen globalen und fach- oder diagnosespezifischen Indikatoren unterschieden werden. Zu den typischen globalen Indikatoren gehören die Mortalität im Krankenhaus, nosokomiale Infektionen, Stürze aus dem Bett oder ungeplante Wiederaufnahmen. Aufgrund der schlechten Datenlage ist in Deutschland eine sinnvolle Risikoadjustierung zu diesen Indikatoren bisher nicht möglich gewesen. Daher können sie bislang nur ein grobes Bild des Leistungsgeschehens bereitstellen. Spezifische Indikatoren liefern Informationen zu ausgewählten Diagnosen. Beispiele hierfür sind die Sectorate in der Geburtshilfe oder die Anzahl der Patienten mit neu entstandener Pflegebedürftigkeit nach proximaler Femurfraktur (vgl. Schrappe 2004, S. 413).

3.2 Anforderungen an Eigenschaften von Qualitätsindikatoren

Damit Indikatoren als Instrument zur Messung der Versorgungsleistung im Krankenhaus verwendet werden können, müssen sie hinsichtlich ihrer Gültigkeit und Aussagekraft wissenschaftlich entwickelt und untersucht werden. Matthes und Wiest beschreiben die Reliabilität, Validität und Risikoadjustierung als Kriterien, denen ein Qualitätsindikator genügen muss, um ein zuverlässiges Bild der Behandlung liefern zu können (vgl. Matthes/Wiest 2003, S. 164).

Die Reliabilität beschäftigt sich mit der Frage, mit welcher Genauigkeit die Messergebnisse den zu messenden Sachverhalt wiedergeben und wie Messfehler minimiert werden können. Eine Messung sollte unabhängig davon, wer sie durchführt, jeweils das gleiche Ergebnis liefern. Der Zeitpunkt der Messung sollte ebenfalls keinen Einfluss haben und bei einer Wiederholung zu einem anderen Zeitpunkt immer das gleiche Ergebnis liefern. Ein genaueres Bild ergibt sich auch, wenn mehrere Messgrößen verwendet werden, die den gleichen Sachverhalt erfassen. Diese als interne Konsistenz bezeichnete Eigenschaft der Indikatoren verlangt, dass Antworten auf verschiedene Fragen zum gleichen Sachverhalt miteinander korrelieren (vgl. Matthes/Wiest 2003, S. 164).

Die Validität beschreibt die Fähigkeit eines Indikators, den gewünschten Sachverhalt inhaltlich tatsächlich zu erfassen. Je komplexer der zu untersuchende Sachverhalt ist, desto schwieriger ist eine Beurteilung hinsichtlich der Validität der verwendeten Indikatoren. Patientenzufriedenheit setzt sich beispielsweise aus mehreren Komponenten wie Kommunikation, Gesundheitskosten und dem

Zugang zu den gewünschten Leistungen zusammen. Validität beinhaltet aber auch die Fähigkeit des Indikators, Ereignisse in der Zukunft vorherzusagen oder Beziehungen zwischen mehreren Phänomenen herzustellen. Besonders für den Patienten ist zum Beispiel die Frage interessant, ob aus der Patientenzufriedenheit automatisch Rückschlüsse auf die klinische Qualität abgeleitet werden können (vgl. Matthes/Wiest 2003, S. 164 f.).

Für die Ergebnisindikatoren ist die Risikoadjustierung von besonderer Bedeutung. Die Behandlungsergebnisse sind von Einflussfaktoren wie Komorbiditäten, Alter und Geschlecht des Patienten abhängig. Ohne eine entsprechende Risikoadjustierung sind besonders Ergebnisindikatoren nur von begrenzter Aussagekraft. Um die Behandlungsergebnisse verschiedener Kliniken miteinander vergleichen zu können ist eine statistisch ausreichende Anzahl von Messgrößen sowie eine Methode notwendig, um die Behandlungsergebnisse mit den Einflussfaktoren in Beziehung zu setzen (vgl. Matthes/Wiest 2003, S. 165; SVRKAiG 2003, S. 257). Auch wenn Indikatoren einer Risikoadjustierung unterzogen werden, müssen sie gleichwohl kritisch betrachtet werden (vgl. Schrappe 2004, S. 419).

Die Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) betrachtet diese Eigenschaften ebenfalls als notwendigen Bestandteil, um eine vergleichende Beurteilung von Indikatoren vornehmen zu können (vgl. Schrappe 2004, S. 412). Die AHRQ ergänzt diese Anforderungen noch um die Aspekte praktische Anwendbarkeit und die Fähigkeit, qualitätsverbessernde Maßnahmen einzuleiten. Zur praktischen Anwendbarkeit zählt auch die Kombinierbarkeit mit anderen Indikatoren.

3.3 Indikatorensysteme

Der Bedarf an Indikatoren zur Beschreibung der Qualität in der Versorgung hat aufgrund der nicht nur in Deutschland stattfindenden Strukturveränderungen im Gesundheitswesen international zugenommen. Zur Beschreibung der Qualität in der Versorgungsleistung wird deshalb versucht, geeignete Indikatoren in Indikatorensets zusammenzufassen. Die Zusammenstellung der Indikatoren ist von der jeweiligen gesundheitspolitischen Situation und der Art des Gesundheitssystems abhängig (vgl. Schrappe 2004, S. 420). Die Auswahl der Indikatoren ist außerdem von der Aufgabe abhängig, für die sie gedacht sind. Indikatorensysteme können für die Zertifizierung, Qualitätsverbesserung oder für eine vergleichende Darstellung zur Nutzerinformation verwendet werden (vgl. Schrappe 2004, S. 421). Im Fokus der deutschen Indikatorensysteme stehen die Ergebnis- und Prozessqualität, sowie die Zuweiser- und Patientenzufriedenheit. Im Vergleich dazu steht in geschlossenen staatlichen Gesundheitssystemen wie in Großbritannien oder in durch Managed Care gekennzeichneten Systemen wie den USA eher der Zugang zur Versorgung im Vordergrund (vgl. Schrappe 2004, S. 420).

Das international am weitesten verbreitete Modell ist das Indicator Measurement System der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Zu den verwendeten Indikatoren zählen zum Beispiel der Myocardinfarkt innerhalb der ersten zwei postoperativen Krankheits-tage oder die Zeit zwischen dem Eintreffen in der Notfallaufnahme und dem Eingriff bzw. der entscheidenden Diagnostik (vgl. Schrappe 2004, S. 421). Die Aufgabe dieses Systems besteht primär in der Zertifizierung von Krankenhäusern. Daneben bietet die JCAHO Indikatoren an, die sich speziell für eine vergleichende Darstellung eignen. Diese Indikatoren sind in den Inpatient Quality Indicators der JCAHO zusammengefasst. Als Beispiel sei hier die Mortalitätsrate für bestimmte Diagnosen und Eingriffe genannt (vgl. Schrappe 2004, S. 422).

Das bedeutendste Indikatorensystem in Europa ist in dem 1996 in der Schweiz entwickelten Projekt der Leistungsorientierten Ressourcenallokation im Spitalwesen (LORAS) zu finden (vgl. Schrappe

2004, S. 423). Die Entwicklung dieses Projektes ist zunächst vor dem Hintergrund eines Kostenanstiegs aufgrund massiven Leistungszuwachses im Schweizer Gesundheitswesen zu sehen. Die primäre Aufgabe dieses Projektes besteht in einer ergebnisorientierten Steuerung der Leistungserbringung in der stationären Akutversorgung mit einhergehender Kostenreduzierung (vgl. Hochreutener 2004, S. 442). Wie bereits unter 2.1 beschrieben sollen auch hier Einbußen in der Leistungsqualität der Gesundheitsversorgung aufgrund knapper Ressourcen verhindert werden. Innerhalb dieses Projekts wurden verschiedene Prozess- und Ergebnisindikatoren einschließlich der Patientenzufriedenheit zu einem Indikatorensystem zusammengeführt (vgl. Schrappe 2004, S. 423). Die Erarbeitung eines Instrumentariums zur Messung der Ergebnisqualität ist nur ein Teilbereich in diesem Gesamtprojekt. Grundlage für die Entwicklung ist eine an die DIN-ISO angelehnte Qualitätsdefinition sowie Donabedians Qualitätskonzept mit der Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Ergänzt wurde diese Unterteilung um die Indikationsqualität, die auch der Struktur- oder Prozessqualität zuzuordnen wäre. Unter Indikationsqualität ist die Qualität einer Entscheidung für oder gegen eine medizinische Maßnahme im Behandlungsprozess zu verstehen. Gründe für diese zusätzliche Unterteilung liegen in der unklaren Zuordnung von bestimmten Indikatoren zur Struktur- oder Prozessqualität aber auch in der zunehmenden gesundheitspolitischen und ökonomischen Bedeutung (vgl. Hochreutener 2004, S. 443 f).

Insgesamt wurden 125 Indikatoren gemessen, die sich in diagnoseabhängige und diagnoseunabhängige Ergebniskriterien, sowie Teilergebniskriterien aufteilen. Die Indikatoren wurden auf ihre Reliabilität hin untersucht und validiert. Als vierter Bestandteil wurde die Patientenzufriedenheit mit dem Messinstrument des Picker-Instituts erhoben (vgl. Hochreutener 2004, S. 448). Aus diesem Projekt ist der Verein Outcome entstanden, der Qualitätsmanagement-Instrumente für das Gesundheitswesen in der Schweiz zur Verfügung stellt.

In Deutschland finden sich Indikatorensysteme zum Beispiel in der externen Qualitätssicherung der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung und im Zertifizierungskonzept der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ®) (vgl. Schrappe 2004, S. 423). Das Konzept der KTQ® zielt auf die Zertifizierung von Krankenhäusern und inzwischen auch auf Gesundheitseinrichtungen in der stationären, teilstationären und ambulanten Pflege (vgl. KTQ® 2008). Von größerer Bedeutung ist in Deutschland im Rahmen der Qualitätsberichterstattung das Indikatorensystem der BQS.

Grundsätzlich ist die Überlegung anzustellen, internationale Erfahrungen mit Indikatorensystemen in Deutschland zu berücksichtigen oder möglicherweise ganze Indikatorensätze zu übertragen. Eine unmittelbare Übertragbarkeit im Ausland entwickelter Indikatoren und Indikatorensysteme ist auf deutsche Verhältnisse aber nicht ohne eine kritische Überprüfung möglich (vgl. Schrappe 2004, S. 423).

4 Qualitätsberichterstattung in Deutschland

Um eine mögliche Datenbasis für den Krankenhausvergleich zu ermitteln, wird die Qualitätsberichterstattung in Deutschland genauer betrachtet.

In Deutschland existieren neben der externen Qualitätssicherung durch die BQS oder Zertifizierungsverfahren wie KTQ® noch weitere Systeme, in denen die Qualität medizinischer Leistungserbringung dargestellt wird. Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) unterscheidet bei den Leistungsberichten zwischen fakultativen und obligatorischen Berichten (vgl. SVRKAiG 2003, S. 255). „Der Rat sieht in beiden Arten von Leistungsberichten

Instrumente, deren Weiterentwicklung neben qualitätssteigernden Effekten vor allem die Transparenz des Versorgungsgeschehens für Nutzer erhöhen sollte“ (SVRKAiG 2003, S. 255). Die Voraussetzung sei allerdings die Verfügbarkeit von korrekten Informationen über die Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität. In ihrer Suche nach der richtigen Einrichtung sind die Patienten neben ergebnisorientierten Berichten auch an Informationen interessiert, die Aufschluss darüber geben, ob ihre individuellen Bedürfnisse berücksichtigt werden. Die Patienten benötigen vergleichende Informationen, um eine eigene fundierte Entscheidung zu treffen. Ihnen stehen aber bislang dazu kaum entsprechende Kriterien oder Verfahren zur Verfügung. Der SVRKAiG bemängelte daher die für Laien schwere Verständlichkeit der veröffentlichten Leistungsberichte der Krankenhäuser, die außerdem keine Vergleiche zu anderen Kliniken enthalten (vgl. SVRKAiG 2003, S. 256). Um die Verständlichkeit für den Nutzer zu erhöhen, wird inzwischen auf der Internetseite des G-BA eine Lesehilfe für die Qualitätsberichte zur Verfügung gestellt, die den Nutzer über Struktur und Informationsgehalt informiert (vgl. G-BA 2007c).

Obligatorische Berichte dienen vorrangig der externen Qualitätssicherung. Sie werden aufgrund gesetzlicher Vorgaben erstellt und veröffentlicht (vgl. SVRKAiG 2003, S. 255). Zu den obligatorischen Berichten gehören der strukturierte Qualitätsbericht nach §137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V und die Qualitätsberichte der externen vergleichenden Qualitätssicherung der BQS nach §135a Abs. 2 SGB V. Die Datenlieferung der Krankenhäuser nach §21 KHEntgG dient zwar primär zu Abrechnungszwecken, könnte aber durch die Ergänzung einiger Parameter für einen nutzerorientierten Krankenhausvergleich verwendet werden (vgl. SVRKAiG 2003, S. 259).

Fakultative Berichte dienen vorrangig der internen Qualitätssicherung. Sie werden im Rahmen von Qualitätsinitiativen einzelner Kliniken oder innerhalb von Zertifizierungsverfahren wie KTQ® erstellt. Eine Veröffentlichung ist bei diesen Berichten nicht verpflichtend vorgesehen (vgl. SVRKAiG 2003, S. 255).

Die genannten Systeme zur Qualitätsberichterstattung werden jetzt bezüglich Ihres Nutzens für eine vergleichende Leistungsdarstellung der Krankenhäuser dargestellt.

4.1 Strukturierter Qualitätsbericht nach § 137 SGB V

Seit September 2005 müssen alle nach §108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser gemäß §137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V im Zweijahresabstand einen strukturierten Qualitätsbericht erstellen und veröffentlichen. Der Qualitätsbericht hat die Aufgabe, vergleichende Informationen über Qualitätsmerkmale und damit Entscheidungshilfen für Versicherte und Patienten vor einer Krankenhausbehandlung bereitzustellen (vgl. G-BA 2007a). Die Patienten sollen die Möglichkeit haben, aufgrund objektiver Daten über die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses, eine Wahlentscheidung zu treffen. Ebenso dient der Qualitätsbericht Vertragsärzten und Krankenkassen als Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung eines Patienten. Für Krankenhäuser bietet sich die Möglichkeit einer umfassenden Leistungsdarstellung im Wettbewerb. Qualitätsberichte können also nicht nur als Informationsmedium für Versicherte und Leistungserbringer, sondern auch als Marketinginstrument genutzt werden (vgl. Lütticke/Schellschmidt 2005, S. 199).

Die erstmals im Jahr 2005 veröffentlichten Qualitätsberichte für das Jahr 2004 gliederten sich in einen Basis- und einen Systemteil. Der Basisteil lieferte Informationen zur Struktur des Hauses wie Leistungsschwerpunkten, Fachabteilungen, apparativer Ausstattung, therapeutischen Möglichkeiten und der Personalqualifikation im ärztlichen und pflegerischen Dienst. Daneben wurde die Teilnahme an Qualitätssicherungsverfahren und die Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137

SGB V abgefragt. Im Systemteil hatten Krankenhäuser die Möglichkeit über weitere qualitätspolitische Maßnahmen ohne vorstrukturierte Form zu informieren, sowie auf freiwilliger Basis Ergebnisse aus dem BQS-Verfahren zu veröffentlichen (vgl. Lütticke/ Schellschmidt 2005, S. 200 f.). Der Qualitätsbericht enthielt Informationen zu Strukturparametern und Leistungsmengen, jedoch keine Aussagen zur Ergebnisqualität. Sterbe- und Komplikationsraten, sowie Erfolgsbewertungen der Patienten oder Einweiser, wurden nicht veröffentlicht.

Auf eine weitergehende Literaturanalyse zu den Qualitätsberichten aus dem Jahr 2004 wird verzichtet, da sich inzwischen die Vorgaben für die Erstellung der Qualitätsberichte für das Jahr 2006 wesentlich geändert haben und für die Nutzerinformation die aktuelleren Berichte von Relevanz sind.

Kurz nach der erstmaligen Veröffentlichung befasste sich bereits im Dezember 2005 eine Arbeitsgruppe des Unterausschusses Sonstige stationäre Qualitätssicherung des G-BA mit der Überarbeitung der Vorgaben über Inhalt und Umfang der Qualitätsberichte. Neben einer Stichprobenauswertung wurden Erfahrungsberichte von Krankenkassen, Krankenhäusern und Patientenvertretern hinsichtlich des Verbesserungsbedarfs diskutiert. Ergebnisse von Nutzerbefragungen sind in die Arbeit jedoch nicht eingeflossen. Im Ergebnis kam es daher zu einer Neufassung der Vereinbarung des G-BA zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (vgl. G-BA 2006). Der G-BA betont nochmals die Aufgabe der Qualitätsberichte, glaubwürdige Informationen für Versicherte, Patienten und die Akteure im Gesundheitswesen bereitzustellen und eine einheitliche Darstellung von Wettbewerbsfaktoren zu gewährleisten. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, wird die bisherige Gliederung in einen Systemteil und einen Basisteil zugunsten einer besseren Abbildung der Organisations- und Leistungsdaten der Krankenhäuser aufgehoben.

In seiner neuen Struktur gliedert sich der Qualitätsbericht in vier Berichtsteile:

Teil A: Struktur – und Leistungsdaten des Krankenhauses

Teil B: Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheit/Fachabteilung

Teil C: Qualitätssicherung

Teil D: Qualitätsmanagement.

Die wesentlichen Inhalte und Neuerungen werden folgend anhand der Ausfüllhinweise zum Qualitätsbericht kurz dargestellt (vgl. G-BA 2007d).

Teil A des Qualitätsberichts enthält ergänzend zur Darstellung der Fachabteilungen eine Übersicht der fachabteilungsübergreifenden Versorgungsschwerpunkte und medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote. Daneben können fachabteilungsbezogen und fachabteilungsübergreifend Angaben zu Serviceangeboten gemacht werden. Eine Neuerung in Teil B ist der Verzicht auf die Auflistung der Top-30 DRG's des Gesamtkrankenhauses und der Top-10 DRG's der Fachabteilungen. Stattdessen werden fachabteilungsbezogen die Fallzahlen der häufigsten Hauptdiagnosen und durchgeführten Prozeduren unter Angabe des ICD-10 und OPS-Schlüssels aufgeführt. In der Textversion müssen mindestens 10, aber maximal 30 der häufigsten Diagnosen und Prozeduren angegeben werden. In der Datenbankversion werden mindestens 80% der ICD und OPS-Ziffern aufgeführt. Zusätzlich hat jedes Krankenhaus die Möglichkeit, Diagnosen und Prozeduren gesondert auszuweisen, in denen es über eine besondere Kompetenz verfügt. Dazu sind im **Teil B** detaillierte Angaben über medizinisch-pflegerische Leistungsangebote, nicht-medizinische Serviceangebote und die apparative Ausstattung der jeweiligen Fachabteilung vorgesehen. Eine weitere Verbesserung im Vergleich zur ersten Version des Qualitätsberichts ist die einheitliche Angabe der Anzahl der Beschäftigten in Vollkräften. Angaben zur speziellen Qualifikationen von Ärzten und Pflegekräften sind ebenfalls möglich. Ergänzend wird spezielles therapeutisches Personal in der Darstellung der personellen Ausstattung berücksichtigt.

Teil C des Qualitätsberichts enthält Ergebnisse der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V. Aus dem BQS-Verfahren werden ausgewählte Qualitätsindikatoren für definierte Leistungsbereiche veröffentlicht. Auf die zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren wird unter 4.2 näher eingegangen.

Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement wird krankenhausesindividuell in **Teil D** beschrieben. Der Nutzer findet hier Informationen zur Qualitätspolitik und zu Qualitätszielen sowie zu Instrumenten des Qualitätsmanagements, die zur Messung und Verbesserung der Qualität genutzt werden. Maßnahmen zur Bewertung des Qualitätsmanagements wie Zertifizierungsverfahren, Excellence-Modelle oder andere interne Selbstbewertungen können für das gesamte Krankenhaus oder bezogen auf die jeweilige Fachabteilung aufgeführt werden.

Diese differenzierten Angaben ermöglichen jetzt einen Vergleich von Krankenhäusern mit unterschiedlichen Leistungsschwerpunkten, wie beispielsweise Krankenhäuser der Grundversorgung und Maximalversorger wie Universitätskliniken.

Die Qualitätsberichte werden für das Jahr 2006 zusätzlich zur Textversion im PDF-Format erstmals in einer einheitlichen maschinenlesbaren Datenbankversion zur Verfügung gestellt (vgl. G-BA 2007a, S. 4). Personen und Institutionen können die Bereitstellung der Qualitätsberichte in der XML-Version beim G-BA beantragen und unter Einhaltung der Nutzungsbedingungen für interne Zwecke oder die Weiterverarbeitung und öffentliche Berichterstattung verwenden (vgl. G-BA 2008d).

4.2 BQS-Daten

Seit dem 1.1.2000 müssen sich zugelassene Krankenhäuser gemäß §§135a Abs. 2 und 137 Abs. 1 SGB V an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung beteiligen. Ziel dieser Maßnahmen ist die Verbesserung der Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. Zu diesem Zweck wurde zum 1.1.2001 von den Partnern der Selbstverwaltung die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) gegründet. Ihre Aufgabe besteht in der Koordination der entsprechenden organisatorischen und inhaltlichen Vorgaben (vgl. Hildebrand 2005, S. 33).

Im Rahmen dieser externen vergleichenden Qualitätssicherung sind die Krankenhäuser verpflichtet, jährlich Daten zu bestimmten Leistungsbereichen zu erheben und an die BQS zu übermitteln. Bis zum letzten Jahr wurden die Ergebnisse dieses Verfahrens dem jeweiligen Krankenhaus nur in einem anonymisierten Vergleich zu allen anderen Krankenhäusern zur Verfügung gestellt (vgl. Hildebrand 2005, S. 33). Auffällige Ergebnisse werden bis heute im sog. Strukturierten Dialog von neutralen Fachexperten untersucht. Wenn es keine plausible Begründung für die Abweichungen vom Referenzbereich gibt, werden mit den betroffenen Krankenhäusern Zielvereinbarungen getroffen um die qualitativen Auffälligkeiten zu beseitigen (vgl. BQS 2008 b).

Die Auswertungen liefern zwar kein umfassendes Bild der Leistungsfähigkeit des jeweiligen Krankenhauses, aber zumindest für die von der BQS festgelegten Tracer-Diagnosen werden Aussagen zur Ergebnisqualität getroffen (Hildebrand 2005, S. 43). Daraus konnten die Krankenhäuser für die ausgewerteten Sachverhalte den eigenen Leistungsstand im anonymisierten Betriebsvergleich kennen lernen und Ansätze für Verbesserungen ableiten (vgl. Hildebrand 2005, S. 33). Die Ergebnisse wurden allerdings nicht veröffentlicht und waren somit, außer für das Krankenhaus selbst, für einen Qualitätsvergleich nicht nutzbar.

Auf Beschluss des G-BA wird ein Teil dieser Qualitätsdaten jetzt erstmalig in den Qualitätsberichten für das Jahr 2006 veröffentlicht. Soweit vorhanden, sollen dazu laiensprachliche Formulierungen verwendet werden (vgl. G-BA 2007b, S. 2). Die BQS wurde damit beauftragt, Indikatoren auszuwählen, die sich für eine Veröffentlichung und damit zur Information der Patienten und Versicherten eignen. Daraufhin hat die BQS mit Wissenschaftlern der Universitäten Düsseldorf und Freiburg ein Verfahren entwickelt, um Qualitätsindikatoren bezüglich ihrer Eignung für eine Veröffentlichung zu untersuchen (vgl. Guckelmuß et al 2007, S. 640).

Das Ergebnis dieses Auftrags ist das QUALIFY-Instrument zur Bewertung der Güte von Qualitätsindikatoren. Der zu bewertende Qualitätsindikator wird einer Prüfung von insgesamt 20 methodischen Gütekriterien unterzogen, die jeweils eine bestimmte Eigenschaft des Indikators messen. Die Gütekriterien gliedern sich in die Teilbereiche Relevanz, Wissenschaftlichkeit und Praktikabilität. Das Gütekriterium Relevanz überprüft, ob der Indikator die relevanten Qualitätsaspekte der jeweiligen Versorgungssituation berücksichtigt. Die Wissenschaftlichkeit beurteilt die methodischen Eigenschaften eines Indikators wie Risikoadjustierung, Validität und Reliabilität. Der Bereich Praktikabilität prüft die praktische Anwendbarkeit des Indikators (vgl. BQS 2007, S. 4).

Aus den insgesamt 20 Gütekriterien wurden 14 Kriterien identifiziert, die für die Bewertung und Auswahl von Indikatoren für die öffentliche Berichterstattung relevant und anwendbar sind (vgl. BQS 2007, S. 35).

Kategorie	Gütekriterien für die öffentliche Berichterstattung
Relevanz	Bedeutung des mit dem Qualitätsindikator erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem
	Nutzen
	Berücksichtigung potentieller Risiken / Nebenwirkungen
Wissenschaftlichkeit	Indikatorevidenz
	Klarheit und Definition (des Indikators und seiner Anwendung)
	Reliabilität
	Statistische Unterscheidungsfähigkeit
	Risikoadjustierung
Praktikabilität	Validität
	Verständlichkeit und Interpretierbarkeit für Patienten und interessierte Öffentlichkeit
	Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung
	Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden
	Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden

Tabelle 1: Gütekriterien für die öffentliche Berichterstattung

Da aus Zeitgründen nicht jeder der 184 verfügbaren Qualitätsindikatoren der BQS anhand der vorgestellten Gütekriterien überprüft werden konnte, konzentrierte sich die Analyse auf relevante Leistungsbereiche mit hohen Fallzahlen (vgl. BQS 2007, S. 37).

Insgesamt wurden 31 Indikatoren als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet (vgl. BQS 2007, S. 38). Der G-BA hat 27 Indikatoren ausgewählt, die verpflichtend in den Qualitätsberichten für das Jahr 2006 veröffentlicht werden müssen (vgl. G-BA 2007e). Die folgende Tabelle zeigt die ausgewählten Indikatoren in der geforderten laiensprachlichen Übersetzung (vgl. BQS 2008c).

Versorgungsbereiche	Qualitätsindikator
Brusttumoren	Röntgenuntersuchung des entfernten Gewebes nach der Operation
	Bestimmung der Hormonempfindlichkeit der Krebszellen
	Sicherheitsabstand zum gesunden Gewebe
Gallenblasen-entfernung	Klärung der Ursachen angestaute Gallenflüssigkeit vor der Gallenblasenentfernung
	Feingewebliche Untersuchung der entfernten Gallenblase
	Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)
Frauenheilkunde	Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Gebärmutterentfernungen
	Vorbeugende Medikamentengabe zur Vermeidung von Blutgerinnseln bei Gebärmutterentfernungen
	Vorgeburtliche Gabe von Medikamenten zur Unterstützung der Lungenentwicklung bei Frühgeborenen
Geburtshilfe	Zeitspanne zwischen dem Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und der Entbindung des Kindes
	Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten
	Entscheidung zur Operation einer Verengung der Halsschlagader ohne erkennbare Krankheitszeichen
Halsschlagader operation	Entscheidung zur Operation einer Verengung der Halsschlagader mit erkennbaren Krankheitszeichen
	Schlaganfälle oder Tod infolge einer Operation zur Erweiterung der Halsschlagader
	Entscheidung für die Herzkatheter-Untersuchung
Herzkatheterunter-suchung und Behandlung	Entscheidung für die Herzkatheter-Behandlung
	Wiederherstellung der Durchblutung der Herzkranzgefäße
	Entscheidung für die Herzschrittmacherbehandlung
Herzschrittmacher einsatz	Auswahl des Herzschrittmachersystems
	Entscheidung für die Herzschrittmacher-Behandlung und die Auswahl des Herzschrittmachersystems
	Komplikationen während oder nach der Operation
Hüftgelenkersatz	Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)
	Ausrenkung des künstlichen Hüftgelenkes nach der Operation
	Entzündung des Operationsbereichs nach der Operation
Kniegelenkersatz	Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)
	Entzündung des Operationsbereichs nach der Operation
	Sterblichkeitsrate während des stationären Aufenthaltes
Operation an den Herzkranzgefäßen	

Tabelle 2: BQS-Qualitätsindikatoren für Patienten mit laiensprachlicher Übersetzung

Auf freiwilliger Basis können Krankenhäuser darüber hinaus weitere Ergebnisse des BQS-Verfahrens veröffentlichen.

Generell ist anzumerken, dass die Daten für die externe vergleichende Qualitätssicherung nicht aus Routinedaten generiert, sondern zusätzlich manuell erfasst werden. Die Ärzte müssen die Dokumentation teilweise ohne EDV-Unterstützung vornehmen und die Behandlungsergebnisse manuell übertragen. Dieses Vorgehen ist mit einem zusätzlichen Arbeitsaufwand verbunden, was zu Lasten der Genauigkeit bei der Erfassung gehen kann. „Nicht nur deshalb besteht die Gefahr, dass die gelieferten Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig sind“ (Hildebrand 2005, S. 40). Für alle im Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung erhobenen Daten stellt sich daher die Frage nach der Glaubwürdigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, die nicht immer zu gewährleisten ist. Daher kann es zu einer Verzerrung in der Darstellung der Leistungsergebnisse kommen (vgl. Matthes/Wiest 2003, S. 166). Besonders die Datenerhebung krankheitsspezifischer Indikatoren reflektiert möglicherweise eher die Qualität der Dokumentation als die Qualität der Versorgung. Bislang ist noch nicht klar, welchen Einfluss die Dokumentationsqualität auf die Messung der Versorgungsqualität hat (vgl. Matthes/Wiest 2003, S. 170).

4.3 Zertifizierungsverfahren

Auf freiwilliger Basis können im Qualitätsbericht Angaben zum Qualitätsmanagement und zu Zertifizierungsverfahren gemacht werden. Die gängigen Verfahren werden hier kurz hinsichtlich Inhalt und Aussagekraft vorgestellt.

Die Zertifizierung nach DIN-ISO erfolgt hauptsächlich nach der Erfassung und Bewertung von Strukturkomponenten. Da ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Strukturdaten und Behandlungsergebnissen wissenschaftlich schwer nachzuweisen ist, lässt das Zertifikat keine Rückschlüsse auf die Ergebnisqualität zu (vgl. Matthes/Wiest 2003, S. 162).

Das Zertifikat der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus GmbH (KTQ®) ist in Deutschland inzwischen sehr verbreitet. Die KTQ® wurde von der Selbstverwaltung der Krankenkassen- und Krankenhausesseite, der Bundesärztekammer und dem Deutschen Pflegerat (DPR) als gemeinnützige GmbH gegründet. Die konfessionellen Krankenhausverbände bieten eine ähnliche Variante unter dem Namen ProCum Cert (pCC) an (vgl. Hildebrand 2005, S. 31). Im pCC-Verfahren werden die zu bewertenden Themenkomplexe Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit, Information, Führung und Qualitätsmanagement mit den besonderen Gesichtspunkten konfessioneller Krankenhäuser kombiniert. Nach erfolgreicher Bewertung und Erteilung dieser Zertifikate werden die Qualitätsberichte im Internet veröffentlicht (vgl. Hildebrand 2005, S. 36 f.). Beide Ansätze liefern kaum Ergebnisinformationen und nur wenige aussagefähige Informationen zur Struktur- und Prozessqualität (vgl. Hildebrand 2005, S. 41). Aufgrund einer fehlenden Risikoadjustierung sind Vergleiche zu anderen Krankenhäusern nicht möglich (vgl. SVRKAiG 2003, S. 260).

Weltweit führend in der Qualitätszertifizierung von Gesundheitseinrichtungen ist die JCAHO. In Deutschland hat die Joint Commission International (JCI) als Ableger der JCAHO in einem vereinfachten Verfahren bereits einige Krankenhäuser zertifiziert (vgl. Hildebrand 2005, S. 31 f.). International gilt das Zertifizierungsverfahren der JCAHO nicht zuletzt wegen der enthaltenen Ergebnisindikatoren und dem Beschwerdemanagement als Goldstandard. In Deutschland sind diese Indikatoren bislang nicht Bestandteil des Prüfverfahrens. Dafür lässt sich aus dem Zertifikat ein vergleichsweise hohes Qualitätsniveau der Strukturen und Prozesse ableiten (vgl. Hildebrand 2005, S. 41). In Deutschland ist dieses Verfahren bislang jedoch nicht sehr weit verbreitet.

Da es keine bundesweit einheitliche Zertifizierung für Krankenhäuser gibt, sind Zertifikate für eine vergleichende Darstellung der Behandlungsqualität nicht geeignet. Außerdem lassen sich aus keinem der genannten Zertifizierungsverfahren für Deutschland Aussagen über die Ergebnisqualität ableiten.

5 Qualitätsinformationen aus Routinedaten

Im deutschen Gesundheitssystem stehen seit Einführung der DRG's umfangreiche Daten zu den behandelten Erkrankungen, Komorbiditäten und Komplikationen zur Verfügung (vgl. Heller/Swart/Mansky 2004, S. 273). Die Sammlung der Daten nach §21 KHEntgG erfolgt primär zu Abrechnungszwecken durch die von der Selbstverwaltung benannten DRG-Datenstelle (vgl. SVRKAiG 2003, S. 258). Der Datensatz nach §21 KHEntgG enthält Informationen zu Strukturdaten, wie der Anzahl der Betten, Art und Trägerschaft, Anzahl der Ausbildungsplätze und der Auszubildenden. Der Datensatz je Krankenhausfall enthält Geburtsjahr und Geschlecht des Patienten, Aufnahmegrund und -anlass, die aufnehmende Fachabteilung, bei Verlegung die weiterbehandelnde

Fachabteilung, Entlassungs- und Verlegungsdatum, Entlassungs- und Verlegungsgrund, Haupt- und Nebendiagnosen sowie Prozeduren (vgl. SVRKAiG 2003, S. 259). Im Vergleich zu anderen Qualitätssicherungsverfahren ließen sich durch die Auswertung verfügbarer Routinedaten aus der DRG-Abrechnung mit einem verhältnismäßig geringen Aufwand grundlegende Erkenntnisse zur Ergebnisqualität in der Krankenhausbehandlung gewinnen, die transparent gemacht werden könnten (vgl. Hildebrand 2005, S. 42). Für einen Krankenhausvergleich bräuchte die DRG-Datenstelle nur wenige zusätzliche Angaben zu Behandlungsergebnissen, die sie mit Ergebnissen systematischer Patientenbefragungen kombinieren müsste. Der SVRKAiG (2003) empfiehlt außerdem eine bessere Abstimmung und Vereinheitlichung der verschiedenen Datenerfassungen wie der BQS-Daten und DRG-Daten, da häufig Daten in gering abgewandelter Form mehrfach erfasst werden (vgl. SVRKAiG 2003, S. 258).

Diesen Ansatz hat der AOK-Bundesverband im Projekt Qualitätssicherung mit Routinedaten aufgegriffen.

5.1 Qualitätssicherung mit Routinedaten

In Zusammenarbeit mit den Helios-Kliniken wurde vom AOK-Bundesverband, dem Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA) und dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) in Jahr 2002 das Projekt Qualitätssicherung in der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR) gestartet (vgl. Heller/Günster/Swart 2008, S. 172).

Im Mittelpunkt dieses Projekts steht die Ermittlung der Ergebnisqualität auf Basis von Routinedaten, die zu Abrechnungszwecken erhoben werden (vgl. Heller/Günster/Swart 2008, S. 173).

In diesem Projekt wurden Abrechnungsdaten der AOK aus den Jahren 1999 bis 2001 unter medizinischen, ökonomischen und epidemiologischen Gesichtspunkten für bestimmte Krankheitsbilder nach den Kriterien Häufigkeit der Erkrankung, eindeutige Messbarkeit und Minimierung von Störeffekten ausgewählt und genauer untersucht (vgl. Heller/Günster/Swart 2008, S. 173). Die ausgewählten Leistungsbereiche sind akuter Myocardinfarkt, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Kolon- bzw. Rektumoperation bei kolorektalem Karzinom, laparoskopische und offene Appendektomie, Hüftgelenks-Endoprothese bei Hüftfraktur, Hüft-Totalendoprothese bei Coxarthrose und die Kniegelenks-Totalendoprothese (vgl. Heller/Günster/Swart 2008, S. 174). Zuvor wurde die Validität und Verwendbarkeit der Daten für Zwecke der Qualitätssicherung überprüft (vgl. Heller/Günster/Swart 2008, S. 173). Auf eine umfassende Betrachtung aller Krankheitsbilder wurde aufgrund der Menge und des teilweise seltenen Auftretens verzichtet (vgl. Heller/Swart/Mansky 2004, S. 278 f.).

Obwohl derartige Routinedaten keine detaillierten klinischen Informationen liefern, konnten aus Ihnen indikationsspezifische Ergebnisindikatoren gewonnen werden (vgl. Heller/Swart/Mansky 2004, S. 274).

Beispielsweise wurden für die ausgewählten Tracerdiagnosen Herzinsuffizienz, elektive Hüfttotalendoprothese und Operation bei Kolonkarzinom geeignete Qualitätsindikatoren bestimmt und anhand der Routinedaten risikoadjustiert und validiert. Die Auswertung bezog sich auf die Indikatoren Krankenhaussterblichkeit, Verweildauer, Wiederaufnahmeraten und Revisionsoperationen (vgl. Heller/Swart/Mansky 2004, S. 278).

Für die Mortalitätsrate konnte die notwendige Risikoadjustierung durch die kodierten Nebendiagnosen und patientenbezogene Daten, wie Alter, Geschlecht oder Ethnizität vorgenommen werden (vgl. Heller/Swart/Mansky 2004, S. 275).

Der besondere Vorteil dieses Verfahrens ist der verhältnismäßige geringe Erhebungsaufwand und damit geringere Kosten als beispielsweise beim BQS-Verfahren, da die Daten sowieso zu Abrechnungszwecken erhoben werden. Ein weiterer Vorteil liegt in der Vollständigkeit der Informationen, da alle Krankenhäuser in Deutschland auf diesem Weg ihre Fälle abrechnen müssen (vgl. Heller/Swart/Mansky 2004, S. 273). Die Möglichkeit unvollständige oder selektive Daten zu liefern ist so gut wie ausgeschlossen, da die Meldungen von den Krankenkassen einer Plausibilitätsprüfung unterzogen werden (vgl. Heller/Swart/Mansky 2004, S. 274).

Im Gegensatz zum Qualitätsbericht nach § 137 SGB V können mit Hilfe der Routinedaten Krankheitsverläufe auch über den Krankenhausaufenthalt hinaus sichtbar gemacht werden. Klinikübergreifende Ereignisse wie Wiederaufnahmen und Überlebensraten sind in größeren definierten Zeiträumen mess- und analysierbar (vgl. Heller/Swart/Mansky 2004, S. 274). Daraus ergeben sich umfangreiche Möglichkeiten, weitere Indikatoren medizinischer Ergebnisqualität für einen Qualitätsvergleich zu ermitteln.

Im März 2007 wurde der Abschlussbericht zum QSR-Projekt vorgelegt. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass für die ausgewählten Tracer eine aufwandsarme und valide Qualitätsbeurteilung möglich ist (vgl. Heller/ Günster/Swart 2008, S. 172). Die QSR-Qualitätsindikatoren liefern Informationen, die sowohl für das interne Qualitätsmanagement, als auch für externe Qualitätsvergleiche genutzt werden können (ebenda).

Die Veröffentlichung von QSR-Transparenzberichten kann die erforderliche Markttransparenz schaffen, damit Leistungsnachfrager eine Möglichkeit zum Qualitätsvergleich haben (vgl. Flasbarth/Francke 2006, S. 140).

Die Schweiz nimmt sich dieses Verfahren zum Vorbild und will per Gesetz die Qualitätsindikatoren des Helios-Systems flächendeckend in allen Spitälern einführen. Als Grund wird die bereits in den Krankenhäusern vorhandene Datenbasis genannt, auf die das System zugreifen kann (vgl. Krankenhaus Umschau online 2008).

In einer Untersuchung am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) in Hannover kommen Bitzer et al. (2007) am Beispiel der Hüftendoprothetik zu dem Ergebnis, dass Routinedaten in Kombination mit aus Patientenbefragungen gewonnenen patientenbezogenen Ergebnisindikatoren die Qualitätsbewertung von Krankenhäusern noch verbessern können (vgl. Bitzer et al. 2007, S. 19).

Inwieweit das Projekt QSR seitens der AOK eine Fortsetzung findet, ist unklar. Die Helios Kliniken arbeiten inzwischen an einer Fortführung im Rahmen der Initiative Qualitätsmedizin (IQM), in der sich bereits sechs führende Krankenhausträger zusammengeschlossen haben. Bisher gehören dazu die Helios Kliniken, das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, die SRH Kliniken, die Malteser, die Johanniter GmbH und das Unfallkrankenhaus Berlin. Bundesweit steht allen Krankenhausträgern ein Beitritt offen. Kooperationspartner ist die Bundesärztekammer, die im Rahmen von extern begleiteten Peer Reviews die IQM unterstützen will. Das Ziel besteht in der träger- und sektorenübergreifenden Weiterentwicklung von Qualitätsmanagement- und -sicherung auf Basis von Routinedaten. Einer der Grundsätze ist die Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung (vgl. IQM 2008).

5.2 Mindestmengen und Fallzahlen

Aus den Routinedaten und den Qualitätsberichten in der aktuellen Fassung stehen dem Nutzer Informationen zu Fallzahlen und Mindestmengen zur Verfügung. Die Frage ist, inwieweit diese Informationen Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität zulassen.

Der gemeinsame Bundesausschuss hat bereits eine Regelung für planbare Eingriffe getroffen, bei denen die Qualität der Behandlungsergebnisse von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Das Ziel dieser Mindestmengenvereinbarung ist die Gewährleistung einer angemessenen Versorgungsqualität und darüber hinaus eine Verbesserung des Versorgungsniveaus (vgl. G-BA 2008b). Zugelassene Krankenhäuser nach §108 SGB V dürfen diese definierten planbaren Leistungen nur erbringen, wenn sie voraussichtlich die erforderliche Mindestmenge erreichen oder Ausnahmetatbestände anführen können. Ausnahmetatbestände können Notfälle oder die Gefährdung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung sein (vgl. G-BA 2005). In der Anlage 1 zur Mindestmengenvereinbarung sind die betreffenden sechs Leistungsbereiche mit den dazugehörigen Operations- und Prozedurenschlüsseln (OPS) aufgeführt. Größtenteils beziehen sich die Vorgaben auf seltenere Eingriffe wie eine Leber-, Nieren-, oder Stammzelltransplantation. Die einzige Vorgabe für einen häufig erbrachten Eingriff bezieht sich derzeit auf die Implantation einer Totalendoprothese am Kniegelenk (vgl. G-BA 2008c).

Diese Mindestmengenregelung ist die Folge umfassender Forschungsarbeiten zur Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen Menge und Ergebnis bei operativen Routineeingriffen gibt. Ein bedeutender Teil der wissenschaftlichen Veröffentlichungen zu diesem Thema zeigt ein günstigeres Behandlungsergebnis, wenn der Leistungserbringer größere Fallzahlen aufweist (vgl. Heller 2005, S. 214). Der zugrunde liegende Erklärungsmechanismus beruht auf der Annahme einer besseren Strukturqualität und größerer Erfahrungen im Behandlungsprozess (ebenda).

In Folge der in Deutschland kontrovers geführten Diskussion um die Behandlungsmenge als Qualitätsindikator wurde eine bundesweite Analyse von Routine- und Niedrig-Risiko-Operationen durchgeführt, um den Bezug zwischen Menge und Qualität zu untersuchen. Datenbasis waren Abrechnungsdaten der AOK, die für ausgewählte Eingriffe validiert und risikoadjustiert wurden. Für die Validierung konnten ergänzend Informationen aus dem QSR-Projekt verwendet werden. Untersucht wurden Operationen bei kolorektalem Karzinom, Kniegelenktotalendoprothese, Hüftgelenktotalendoprothese und Operationen beim Mammakarzinom (vgl. Heller 2005, S. 215 f.). Im Ergebnis zeigte sich für die ausgewählten Eingriffe in Krankenhäusern mit geringer Fallzahl eine höhere Mortalitätsrate sowie höhere Revisions- und Wiederaufnahmeraten. Die alleinige Betrachtung der Fallzahl ohne entsprechende Risikoadjustierung hat allerdings eine geringere Aussagekraft (vgl. Heller 2005, S. 229).

Da häufig keine qualitätsrelevanten Ergebnisinformationen vorliegen, empfiehlt es sich bei planbaren Eingriffen zumindest Krankenhäuser auszuwählen, die eine hohe Fallzahl für den entsprechenden Eingriff aufweisen (vgl. Heller 2005, S. 230).

Der G-BA informiert in einer Pressemitteilung im März 2008, dass nachweislich bessere Ergebnisse durch die Mindestmengen bei der Kniegelenk-Totalendoprothesen-Operation erzielt werden. Dies sei allerdings bisher das einzige Ergebnis im Rahmen der Mindestmengenbegleitforschung, dass eine wissenschaftlich fundierte Aussage zur Angemessenheit der Mindestmengen zulässt (vgl. G-BA 2008e).

Als Reaktion auf diese Verlautbarung kritisiert Günther Jonitz, Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer (BÄK) und Präsident der Landesärztekammer Berlin in einer Pressemitteilung der BÄK, dass der G-BA einen falschen Eindruck entstehen lässt, da aus den Ergebnissen der Mindestmengenbegleitforschung nicht auf qualitätssteigernde Effekte geschlossen werden kann. Der G-BA beziehe sich lediglich auf postoperative Wundinfektionen, die bereits vor Einführung der Mindestmengen rückläufig waren. Außerdem waren im Jahr 2006 die Ergebnisse der Krankenhäuser im Bereich postoperativer Wundinfektionen unterhalb der Mindestmenge nicht schlechter, als derer oberhalb der Mindestmenge (vgl. BÄK 2008).

6 Erfahrungen und Positionen zum Qualitätsvergleich

Die Erfahrungen in der Berichterstattung qualitätsrelevanter Informationen zur Behandlungsqualität und im Krankenhausvergleich sind in Deutschland noch sehr begrenzt. Wie man an der wachsenden Anzahl an Krankenhaus-Suchmaschinen sehen kann, steigt das Interesse an diesem Thema und gewinnt zunehmend an Bedeutung. Der SVR führte eine Analyse der internationalen Literatur zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten durch. Er kam zu dem Ergebnis, dass Patienten sehr an Qualitätsinformationen interessiert sind, diese jedoch nur verstehen und im Sinne einer Entscheidungsfindung nutzen, wenn sie gut aufbereitet sind (vgl. Sachverständigenrat 2007, S. 75). Dem Bereich der Gesundheitsversorgung fehlt es allerdings noch an objektiver Transparenz bezüglich Leistungen, Outcome und Versorgungsabläufen (vgl. Streuf et al. 2007, S. 120).

In Großbritannien veröffentlicht eine staatliche unabhängige Qualitätsüberwachungsorganisation, die Commission for Healthcare Audit (CHA) bereits seit 2004 ein Ranking der britischen Gesundheitseinrichtungen (vgl. Preusker 2007, S. 34). Das anfängliche Ranking mit einem Sterne-System wurde inzwischen auf eine Skala umgestellt, die von „Exzellent“ über „Gut“ und „Befriedigend“ bis „Schwach“ reicht. Die Bewertung in dem „Annual Health Check“ gliedert sich in die Teilbereiche Qualität in der Gesundheitsversorgung und Ressourcenverbrauch der einzelnen Einrichtungen. Begründet wurde die Bewertung des Umgangs mit den Ressourcen damit, dass in einer Einrichtung in schwacher wirtschaftlicher Lage die Gefahr besteht die Versorgung zu verschlechtern (vgl. Preusker 2007, S. 35). In den USA werden diese Rankings schon seit mehreren Jahren durchgeführt, allerdings nicht durch eine staatliche Organisation, sondern vornehmlich durch private und kommerzielle Anbieter. Das bekannteste Ranking wird vom US-Magazin „US News and World Report“ nach einem Punktesystem herausgegeben. Das Portal HealthGrades verwendet das bekannte Hotel-Bewertungsschema mit maxi-mal 5 Sternen. Indikator für das Krankheitsbild Schlaganfall ist zum Beispiel die Mortalitätsrate im Krankenhaus 30 Tage nach der Entlassung und 180 Tage nach der Entlassung (vgl. Preusker 2007, S. 35).

In einem Interview mit „Die Gesundheitswirtschaft“ erklärt Dr. Nikolai von Schroeders, Geschäftsführer der KSB Klinikberatung GmbH und Betreiber der Suchmaschine www.qualitätsbericht.de, er halte die Bewertung mit einem Sterne-System auch in Deutschland für sinnvoll. Der große Vorteil liegt seiner Meinung nach in der einfachen Verständlichkeit für alle Menschen. Ein derartiges Bewertungssystem mit nur wenig Abstufungen und Differenzierungen kann niemals vollständige Informationen liefern. Es sei aber ausreichend dem an medizinischer Qualität interessierten Nutzer die Möglichkeit zu geben, von ihm gewünschte Detailinformationen bei Bedarf zu erhalten (vgl. Preusker 2007, S. 36).

Das Ergebnis einer Studie zur grafischen Darstellung von Qualitätsindikatoren für Qualitätsvergleiche hat hingegen gezeigt, dass stark vereinfachende Darstellungen, wie eine einfache Sterne-

Bewertung, von der Mehrzahl der Befragten als ungeeignet beurteilt werden. Qualitätsvergleichsgrafiken sollten zwar eine Rangordnung, aber auch einen hohen Informationsgehalt aufweisen (vgl. Schwartze/Geraedts 2006).

Auch beim Online-Klinikführer der Technikerkrankenkasse findet der Nutzer eine Bestenliste, die auf Basis von 50 000 Patientenfragebögen erstellt wurde (vgl. Preusker 2007, S. 28). Insgesamt sind diese sogenannten Rankings mit Vorsicht zu betrachten, da sie aus wissenschaftlicher Sicht allgemein als unseriös angesehen werden (vgl. Guckelmus et al. 2007, S. 640). Dazu sind aus Sicht der DKG subjektive Eindrücke von Versicherten und Patienten als Basis für eine Klinik-Bestenliste nicht geeignet, da vor allem medizinische Prozesse im Vordergrund stehen (vgl. Preusker 2007, S. 29).

Auch bei Verbraucherschützern wird der TK-Klinikführer kritisch betrachtet. Stefan Etgeton vom Bundesverband der Verbraucherzentralen bezweifelt, dass Krankenkassen als Vertragspartner bestimmter Krankenhäuser neutral sind (vgl. Grether 2007, S. 385).

Der Klinikführer Rhein-Ruhr wird ebenfalls kritisch beäugt. Das überwiegend positive Bild leistungsstarker Krankenhäuser liege daran, dass sich schwächere Häuser nicht beteiligt haben (vgl. Grether 2007, S. 385).

7 Fazit

Die zunehmende Transparenz in der Qualitätsberichterstattung, nicht zuletzt durch die jetzt verfügbaren Qualitätsindikatoren im Qualitätsbericht, erweckt auf den ersten Blick den Eindruck einer umfassenden Datenbasis, die den Nutzer bei der Wahl eines geeigneten Krankenhauses unterstützen kann. Derzeit gibt es schon diverse Krankenhaussuchmaschinen, die auf diese Datenbasis zurückgreifen und die verfügbaren Informationen in unterschiedlicher Weise aufbereiten. Bleibt immer noch die Frage, ob damit tatsächlich geeignete Informationen zur Beurteilung der Behandlungsqualität zur Verfügung stehen. Zunächst bleibt festzustellen, dass die Veröffentlichung qualitätsbezogener Daten verstärkte Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Folge hat und nachweislich mit der Verbesserung der Versorgungsqualität einhergeht (vgl. SVR 2002, S. 84).

Als Entscheidungshilfe bei der Krankenhauswahl sind die derzeit veröffentlichten Qualitätsinformationen nicht ausreichend. Im Qualitätsbericht werden auch in der Version für das Jahr 2006 hauptsächlich Strukturinformationen veröffentlicht. Die darin enthaltenen BQS-Daten stellen nur einen kleinen Ausschnitt des Behandlungsspektrums eines Krankenhauses dar. Aussagen zur Ergebnisqualität, die als wichtigstes Entscheidungskriterium angesehen werden, stehen nur vereinzelt zur Verfügung. Der Bedarf an zeitnaher Information für den Nutzer kann nicht gedeckt werden, da die Berichte nur im Zweijahresabstand verpflichtend veröffentlicht werden müssen. Ein generelles Problem krankenhausbbezogener Qualitätsinformationen ist die Tatsache, dass langfristige Ergebnisse nicht dargestellt werden können, da über die poststationären Verläufe nichts bekannt wird. Selbst der risikoadjustierte Qualitätsindikator Mortalitätsrate ist daher begrenzt aussagekräftig. Eine sektorenübergreifende Verlaufsbeobachtung, die hier weiterhelfen könnte ist leider bisher nicht vorgesehen.

Die BQS und auch der G-BA sind um eine Verständlichkeit ihrer Berichte bemüht. Es gibt die Vorgabe zur Verwendung von laiensprachlichen Begriffen im Qualitätsbericht. Der Bericht ist für den Nutzer trotzdem immer noch so schwer verständlich, dass Anlass zur Veröffentlichung einer Lesehilfe bestand. Auch die BQS bemüht sich um bessere Verständlichkeit durch ausführliche Informationen zu ihren Indikatoren und Bewertungen. Ohne fachliche Unterstützung wird sich der Patient aber nur schwer orientieren können.

Aufgrund dieser grundsätzlichen Schwächen ist es fast unmöglich mit der existierenden Datenbasis dem Nutzer über eine Krankenhaussuchmaschine eine zuverlässige Entscheidungshilfe zu bieten.

Wünschenswert wäre eine bundesweit einheitliche Berichterstattung, die aktuelle und zuverlässige Informationen zur Ergebnisqualität in der Krankenhausbehandlung mit sektorenübergreifenden Ergebnissen kombiniert in einem unabhängigen Portal zur Verfügung stellt. Der damit verbundene Erhebungsaufwand könnte angelehnt an das QSR-Projekt durch die Verwendung von Routinedaten durchaus in einer realistischen und damit umsetzbaren Größenordnung gehalten werden.

Bis dahin bleibt dem Nutzer nur die Möglichkeit sich anhand der Informationen aus den Qualitätsberichten oder den Krankenhaussuchmaschinen eine grobe Orientierung zu verschaffen und bei weiteren Fragen im Einzelfall den Kontakt zum Krankenhaus zu suchen.

8 Literaturverzeichnis

AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality (2008): Mission & Budget. Online verfügbar unter: <http://www.ahrq.gov> (01.02.2008).

AOK, Allgemeine Ortskrankenkasse (2008): Struktur- und Ergebnisqualität. Online verfügbar unter: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/krankenhaus/qualitaetssicherung/strukturqualitaet/> (20.02.2008).

BÄK, Bundesärztekammer (2008): Bundesärztekammer kritisiert Stellungnahme des G-BA zur Mindestmengen-Begleitforschung. Pressemitteilung vom 4.4.2008. Berlin. Online verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.5877.6107.6108> (06.12.2008).

Bitzer, Eva Maria; Neusser, Silke; Lorenz, Christoph; Dörning, Hans; Schäfer, Thomas (2007): Krankenhaus-Rangfolgen nach Ergebnisqualität in der Hüftendoprothetik – Routinedaten mit oder ohne Patientenbefragungen? – Teil 2: Patientenbefragung in Kombination mit Routinedaten. *GMS Med Inform Epidemiol.* 2007; 3(1): Doc07. Online verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/gmds2007/07gmds345.shtml> (07.12.2008).

BQS, Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (2007): QUALIFY – Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. Online verfügbar unter: <http://www.bqs-online.com/download/qualify/qualify-down.pdf> (28.02.2008).

BQS, Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (2008a): Qualitätsindikator. Online verfügbar unter: <http://www.bqs-online.com/public/bqsfp/glossar/QI> (28.02.2008).

BQS, Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (2008b): Wo sind die Grenzen der Anwendung von Qualitätsindikatoren? Online verfügbar unter: <http://www.bqs-online.com/public/bqsfp/wasqi/antw6> (28.02.2008).

BQS, Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (2008c): Alphabetische Übersicht der Qualitätsindikatoren. Online verfügbar unter: <http://www.bqs-online.com/public/bqsfp/qifp/uetabelle> (01.03.2008).

BQS, Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (2008d): Welche Informationen liefern Qualitätsindikatoren? Online verfügbar unter: <http://www.bqs-online.com/public/bqsfp/wasqi/antw2> (06.03.2008).

Donabedian, Avedis (1966): Evaluating the quality of medical care. In: *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Bd. 44, Nr. 3, Teil 2. New York, 166-206.

Flasbarth, Roland; Francke, Robert (2006): Rechtliche Aspekte der Qualitätstransparenz im akutstationären Bereich – Möglichkeiten zur Schaffung von Instrumenten für mehr Information und Wissen. In: *Krankenhaus-Report 2005*. Schwerpunkt: Wege zur Integration. Stuttgart: Schattauer, S. 133-152.

G-BA, Der Gemeinsame Bundesausschuss (2005): Mindestmengenvereinbarung des G-BA nach § 91 Abs. 7 SGB V vom 20.12.2005 Anlage 2. Anlage 2. Allgemeine Ausnahmetatbestände gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V. Online verfügbar unter: <http://www.g-ba.de/downloads/38-254-69/Mindestmengenvb-Anl2-2007-11-22.pdf> (01.03.2008)

G-BA, Der Gemeinsame Bundesausschuss (2006): Tragende Gründe zur Neufassung der Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vom 17. Oktober 2006. Online verfügbar unter: <http://www.g-ba.de/downloads/40-268-113/2006-10-17-Vb-Qualitaetsbericht-TrG.pdf> (22.01.2008).

G-BA, Der gemeinsame Bundesausschuss (2007a): Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Vereinbarung zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser) vom 17. Oktober 2006, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006, S. 7258, in Kraft getreten am 1. Januar 2007 zuletzt geändert am 21. Juni 2007 (Anlagen), veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007, Beilage 202a in Kraft getreten am 28. Oktober 2007. Online verfügbar unter: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-81/Vb-Qualitaetsbericht_2007-06-21.pdf (28.02.2008).

G-BA, Der gemeinsame Bundesausschuss (2007b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Darstellung der Ergebnisse des BQS-Verfahrens) vom 21. Juni 2007. Online verfügbar unter: <http://www.bqs-online.com/download/2007-06-21-Qualitaetsbericht-BQS-Ergebnisse-2.pdf> (9.02.2008).

G-BA, Der gemeinsame Bundesausschuss (2007c): Die gesetzlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser lesen und verstehen. Online verfügbar unter: <http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2505/2007-12-20-Lesehilfe-QB.pdf> (28.02.2008).

G-BA, Der gemeinsame Bundesausschuss (2007d): Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) über Anlage 2 der Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser – Ausfüllhinweise – vom 21. Februar 2007. Online verfügbar unter: http://www.g-ba.de/downloads/39-261-385/2007-02-21-Vb-Qb-Ausfuellhinweise_BAnz.pdf (24.01.2008).

G-BA, Der Gemeinsame Bundesausschuss (2007e): Anhang 1 zu den Ausfüllhinweisen (Anlage 2) zur Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. Online verfügbar unter: <http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2502/Vb-Qualitätsbericht-Anl2-Anh1-2007-06-21x.pdf> (01.03.2008).

G-BA, Der Gemeinsamer Bundesausschuss (2008a): G-BA I Der gemeinsame Bundesausschuss. Online verfügbar unter: www.g-ba.de (19.02.2008).

G-BA, Der Gemeinsame Bundesausschuss (2008b): Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenvereinbarung) vom 20. Dezember 2005, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 S. 1373, in Kraft getreten am 20. Dezember 2005 in der 1. Neufassung vom 21. März 2006, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 S. 5389, in Kraft getreten am 21. März 2006 zuletzt geändert am 22. November 2007 (Anlage 1), veröffentlicht im Bundesanzeiger 2008 S. 128, in Kraft getreten am 1. Januar 2008. Online verfügbar unter: <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-212/Mindestmengenvb-2007-11-22.pdf> (01.03.2008).

G-BA, Der Gemeinsame Bundesausschuss (2008c): Mindestmengenvereinbarung des G-BA nach § 91 Abs. 7 SGB V vom 21. März 2006, zuletzt geändert am 22. November 2007 Anlage 1. Anlage 1 (OPS Version 2008). Katalog der Prozeduren und Leistungen in der OPS Version 2008 inkl. spezieller ein- oder ausgrenzender Kriterien. Online verfügbar unter: <http://www.g-ba.de/downloads/38-254-68/Mindestmengenvb-Anl1-2007-11-22.pdf> (01.03.2008).

G-BA, Der Gemeinsame Bundesausschuss (2008d): Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Allgemeinen Nutzungsbedingungen für die Zurverfügungstellung der XML-Daten der Qualitätsberichte der Krankenhäuser vom 19. Juni 2008, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2008 Nr. 115 S. 2808, in Kraft getreten am 1. August 2008. Online verfügbar unter: http://www.g-ba.de/downloads/39-261-680/2008-06-19-VB-Qb-XML-Daten_BAnz.pdf (07.12.2008).

G-BA, Der Gemeinsame Bundesausschuss (2008e): Nachweislich bessere Ergebnisse durch Mindestmengen bei Kniegelenk-Totalendoprothesen-Operationen - G-BA legt Ergebnisse der Mindestmengen-Begleitforschung vor. Pressemitteilung vom 14.03.2008. Siegburg/Berlin. Online verfügbar unter: <http://www.g-ba.de/informationen/aktuell/pressemitteilungen/232/> (06.12.2008).

GQMG, Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (2005): GQMG-Positionspapier : Qualitätsindikatoren in der Gesundheitsversorgung. letzte redaktionelle Überarbeitung: 09.08.2005. Online verfügbar unter: <http://www.gqmg.de/Dokumente/Positionspapier-AGQI-20051122.pdf> (01.02.2008).

Grether, Thomas (2007): Streit um Klinikführer. Kommerz oder Qualität durch Transparenz?. In: führen und wirtschaften, Jg. 24, Heft 4, S. 384-385.

Guckelmus, Patricia; Grüning, Thilo; Schreck, Jens-Uwe; Walger, Martin (2007): Aktuelles zum gesetzlichen Qualitätsbericht 2007. In: Das Krankenhaus 7/2007, S. 640-641.

Heller, Günther; Swart, Enno; Mansky, Thomas (2004): Qualitätsanalysen mit Routinedaten. In: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhausreport 2003. Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1. Stuttgart: Schattauer, S. 271-288.

Heller, Günther (2005): Gibt es einen Zusammenhang zwischen Menge und Ergebnis bei operativen Routineeingriffen in Deutschland? In: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhausreport 2004 : Schwerpunkt: Qualitätstransparenz - Instrumente und Konsequenzen. Stuttgart: Schattauer, S. 213-232.

Heller, Günter; Günster, Christian; Swart, Enno (2008): Perspektiven der Qualitätssicherung mit Routinedaten. In: Klauber, Jürgen; Robra, Bernt-Peter; Schellschmidt, Henner (Hrsg.) (2008): Krankenhaus-Report 2007. Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase? Stuttgart: Schattauer. S. 171-184.

Hildebrand, Rolf (2005): Qualitätsberichterstattung in Deutschland heute. In: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhausreport 2004 : Schwerpunkt: Qualitätstransparenz - Instrumente und Konsequenzen. Stuttgart: Schattauer, S. 27-46.

Hochreutener, Marc-Anton (2004): Outcome-Messung im Spitalbereich im Kanton Zürich. In: Lauterbach, Karl W./ Schrappe, Matthias (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. 2., überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart: Schattauer, S. 442-453.

IQM, Initiative Qualitätsmedizin (2008): Ziele. Online verfügbar unter: <http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/initiative/ziele/> (06.12.2008).

Krankenhaus Umschau online (2008): Die Schweiz übernimmt das Helios-Qualitätssystem. Online verfügbar unter: <http://www.ku-online.de/pub/index.php?mid=257&aid=4475> (01.03.2008).

KTQ®, Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (2008): KTQ – Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. Online verfügbar unter: http://www.ktq.de/ktq_ueber_uns/index.php (21.02.2008).

Lütticke, Jürgen; Schellschmidt, Henner (2005): Qualitätsberichte nach § 137 SGB V – Bewertung und Vorschläge zur Erweiterung. In: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhausreport 2004 : Schwerpunkt: Qualitätstransparenz - Instrumente und Konsequenzen. Stuttgart: Schattauer, S. 197-210.

Matthes, Nikolas; Wiest, Axel (2003): Qualität im Krankenhaus – Überlegungen zu Begriffen und Methoden der Leistungsbewertung. In: Arnold, M./ Klauber, J./ Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002 : Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb. Stuttgart: Schattauer, S. 161-174.

Preusker, Uwe K. (2007): Die Stern-Deuter: Das Ranking der Gesundheitsanbieter. In: Die Gesundheitswirtschaft 3/07. Melsungen: Bibliomed, S. 34-36.

Preusker, Uwe K. (2007): Sterne bald auch am deutschen Krankenhaushimmel?. In: Die Gesundheitswirtschaft 4/07. Melsungen: Bibliomed, S. 26-29.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung : Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007, Kurzfassung, Bonn.

Schrappe, Matthias (2004): Indikatoren. Definition, Entwicklung und Validierung. In: Lauterbach, Karl W.; Schrappe, Matthias (Hrsg.) (2004): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. 2., überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart: Schattauer, S. 420-425.

Schrappe, Matthias (2004): Indikatorensysteme. In: Lauterbach, Karl W.; Schrappe, Matthias (Hrsg.) (2004): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. 2., überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart: Schattauer, S. 408-419.

Schrappe, Matthias (2004): Qualität in der Gesundheitsversorgung. In: Lauterbach, Karl W.; Schrappe, Matthias (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. 2., überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart: Schattauer, S. 267-276.

Schwartze, D.; Geraedts, M. (2006): Eignung von Qualitätsindikatoren und grafischen Krankenhausvergleichen zur informierten Krankenhauswahl durch Patienten. Online verfügbar unter: <http://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/gesu/doi/10.1055/s-2006-948670> (09.03.2008).

Streuf, R.; Maciejek, R.; Kleinfeld, A.; Blumenstock, G.; Reiland, M.; Selbmann, K. H. (2007): Informationsbedarf und Informationsquellen bei der Wahl eines Krankenhauses. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement. Stuttgart: Thieme. Heft 12, S. 113-120.

SVRKaiG, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Baden-Baden.

SVRKaiG, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Baden-Baden.

Verein Outcome (2008): Auftrag/Ziele. Online verfügbar unter: <http://www.vereinoutcome.ch/de/organisation/index.asp> (01.03.2008).

Anforderungen an und Qualitätskriterien für Krankenhaus-Suchmaschinen

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	55
2	Aktuelle Situation: Gesundheitswesen und Internet	56
3	Die Rolle des Internets im Gesundheitswesen	58
3.1	Auswirkungen des Internets auf das Gesundheitswesen	58
3.2	Die E-Health Bewegung	60
3.3	Nutzer und Internet	60
4	Die Rolle der Internet-Suchmaschinen im Gesundheitswesen	97
5	Problemfelder der Suchmaschinen	63
6	Anforderungen an Gesundheitsinformationen	64
7	Qualitätssicherung für Gesundheitsinformationen im Internet	66
7.1	Health on the Net Foundation (HON): Code of Conduct	67
7.2	DISCERN	68
7.3	MedCERTAIN / MedCircle	69
7.4	Aktionsforum Gesundheitsinformationssysteme (afgis)	69
7.5	Qualitätsprüfung von Gesundheitsinformationen im Internet	70
8	Implementierung von Qualitätskriterien	71
9	Fazit	72
10	Literatur	73

1 Einleitung

Das Internet beeinflusst das Gesundheitswesen. Eine nicht zu überblickende Anzahl gesundheitsbezogener Informationen ist mittlerweile im Internet veröffentlicht. Wie kann der Laie diese Informationen filtern und 'Gute' von 'Schlechten', ja sogar gefährlichen Informationen trennen? Der Gesetzgeber hat eine Veröffentlichungspflicht für die Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser gefordert. Dies hat unter anderem zur Folge, dass eine Reihe unterschiedlicher Krankenhaussuchmaschinen entwickelt wurden. Hier zeichnet sich eine ähnliche Situation ab, wie bei den Gesundheitsinformationen im Internet. Der Nutzer kann auf Grund dieser Fülle der internetbasierten Krankenhaussuchmaschinen nur bedingt die Leistungsfähigen erkennen und das geeignete Krankenhaus für sich herausfinden.

Der folgende Teil soll dazu dienen, dem Nutzer von Krankenhaussuchmaschinen die Informationen zur Verfügung zu stellen, die er benötigt, um leistungsfähige von weniger leistungsfähigen Krankenhaussuchmaschinen unterscheiden zu können. Im Anschluss kann er dann für sich entscheiden, welche Suchmaschine für ihn persönlich geeignet ist, um das für ihn zweckdienliche Krankenhaus zu finden. Zunächst wird eine Übersicht der aktuellen Situation zum Thema Gesundheitswesen und Internet gegeben. Das dritte Kapitel gibt einen Überblick über die Einflussfaktoren, die das Internet auf das deutsche Gesundheitswesen hat. Im Folgenden werden diese Effekte und die Rolle des Internets anhand der Auswirkungen auf das deutsche Gesundheitswesen abgebildet. Ein Effekt ist die Thematik um die 'E-Health-Bewegung', die im Anschluss vertiefend dargestellt wird. In diesem

Zusammenhang ist das Kapitel 3.3 von Bedeutung, welches Fragen zur Entwicklung und zu Veränderungen im Onlineverhalten unterschiedlicher Nutzergruppen beantwortet. In Kapitel 4 wird die Rolle der Internet-Suchmaschinen im Gesundheitswesen analysiert, wobei im Anschluss auf die Problemfelder von Suchmaschinen im Besonderen eingegangen wird. Die allgemeinen Anforderungen an internetbasierten Gesundheitsinformationen werden im Kapitel 6 dargestellt. Im darauffolgenden Abschnitt 7 werden die unterschiedlichen Projekte verschiedener Organisationen herausgestellt, in denen es um die Festlegung allgemeingültiger Qualitätssicherungsmaßnahmen für Gesundheitsinformationen geht. Abschließend wird der Versuch unternommen, diese Qualitätskriterien auf eine Krankenhaus-Suchmaschine zu übertragen.

2 Aktuelle Situation: Gesundheitswesen und Internet

Es ist festzustellen, dass trotz der Einführung einer gesetzlichen Pflicht zur Veröffentlichung von Qualitätsberichten im Internet (vgl. § 137 SGB V) und den Empfehlungen des SVRKAiG, der „einen nutzerfreundlich abgefassten Vergleich von Leistungsanbieter“ (SVRKAiG 2003, S. 124) fordert, kaum mehr Transparenz im Gesundheitssektor vorhanden ist als zuvor. Patienten sollen ohne besondere medizinische Vorkenntnisse in der Lage sein, anhand der für sie wichtigen Kriterien Wahlentscheidungen treffen zu können (vgl. SVRKAiG 2003, S. 124). Das Fehlen von Transparenz liegt zum einen an der Vielzahl der zur Verfügung stehenden Informationen und deren Qualität. Zum anderen bieten diese Informationen für den Endverbraucher nur bedingt verständliche Inhalte an, zeichnen sich sogar eher durch ihre Intransparenz für medizinische Laien und Patienten aus (vgl. Kranich et al. 2002, S. 6; Streuf et al. 2007, S. 114). Diese Informationsmenge, die aktuell über Krankenhäuser im Internet zur Verfügung steht, ist für Laien nur nutzbar, wenn sie deren Ansprüche erfüllt und entsprechend aufbereitet wird (vgl. Beier 2004, S. 78). Allein der Begriff 'Klinikführer' listet ca. 22.200 Inhalte bei der Internetsuchmaschine 'google.de' auf¹ wobei hier das Angebot von der einfachen Auflistung der Krankenhausadressen, über die Darstellung der Strukturdaten, bis hin zur umfangreichen Krankenhaussuchmaschine reicht (vgl. Grether 2007, S. 384). Auf Grund der Fülle von Informationsdiensten stellt sich sofort die Frage, welche Kriterien eine Bewertung der Informationsdienste beeinflussen und wie diese Dienste miteinander verglichen werden können (vgl. Hartmann et al. 2000, S. 134)?

Dem Internet wird im Bereich des Gesundheitswesens eine immer größere Bedeutung zugerechnet (vgl. Jähn/Strehlow 2004, S. 85), zudem unterliegt das Gesundheitswesen gegenwärtig einer marktwirtschaftlichen Ausrichtung. Wahlmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Anbietern medizinischer Leistungen ermöglichen dem Patienten sich für die 'bessere'² Krankenhausalternative zu entscheiden. Die Entscheidung für ein Krankenhaus findet auf der Grundlage unterschiedlicher Informationsquellen statt. Zu diesem Zweck müssen Patienten unabhängige und leicht verständliche Informationen über Krankenhäuser abrufen und vergleichen können. Diese Informationen müssen zur besseren Vergleichsmöglichkeit Daten über Versorgungs- und Leistungsstrukturen enthalten. Daneben sind Daten der Ergebnisqualität abzubilden (vgl. Kranich et al. 2002, S. 10). Um eine Vergleichende Darstellung über die Krankenhauslandschaft erhalten zu können, müssen dem Nutzer im Internet Plattformen zur Informationsfindung bereitgestellt werden.

¹ vgl. www.google.de: Recherchedatum: 06.02.2008

² Patienten wählen die für sie geeignete Einrichtung nach ihren individuellen Anforderungen aus. Dabei spielen sog. Hitlisten einiger Wochenzeitschriften keine Rolle (vgl. Kranich et al. 2002, S. 10)

Akteure im Gesundheitssektor haben es sich daher zur Aufgabe gemacht eigene Suchmaschinen zu entwickeln. Sie sollen die zur Verfügung stehenden Daten der Krankenhausqualitätsberichte aufbereiten und die Möglichkeit einer vergleichenden Recherche ermöglichen.

So bieten die Ersatzkrankenkassen den internetbasierten 'Klinik-Lotsen'³ und der AOK-Bundesverband das ebenfalls internetbasierte 'Klinik-Konsil'⁴ an, wobei sich letzteres vorwiegend an Ärzte richtet. Neben diesen beiden genannten Suchmaschinen gibt es aktuell eine ganze Reihe unterschiedlicher Krankenhaussuchmaschinen. Ein Teil dieser existierenden Suchmaschinen weist jedoch deutliche Mängel auf. Sie beinhalten beispielsweise nur eine Link-Liste, die zu den Qualitätsberichten oder den Homepages der verschiedenen Krankenhäuser führt. Einige beschränken sich nur auf die Auflistung der Krankenhaus-Adressen mit ihren jeweiligen Fachabteilungen (vgl. Carlin 2006 o. S.; Streuf et al. 2007, S. 114).

Kommerzielle Suchmaschinenbetreiber sind nur bedingt von unabhängigen Anbietern zu unterscheiden, sodass es allen Beteiligten, ob Laie oder Mediziner, schwer fällt, sich in der Informationsflut zurechtzufinden und die geeigneten von den weniger geeigneten zu trennen. Jähn und Nagel sprechen sogar von einer „...Verwässerung hochwertiger Informationen durch unseriöse Angebote...“ (Jähn/Nagel 2004, S. VII). Mit der Entwicklung des Internets zu einem 'Massenmedium'⁵ wurden deshalb verschiedene Initiativen zur Qualitätssicherung gesundheitsrelevanter Inhalte entwickelt.

Der gravierendste Mangel ist jedoch das Fehlen relevanter Daten zur Ergebnisqualität und die daraus resultierende fehlende Vergleichbarkeit der einzelnen Krankenhäuser (vgl. Streuf et al. 2007, S. 114). Allerdings bewegt sich derzeit in diesem Bereich des 'Krankenhaus-Marktes' einiges. Insbesondere große Klinikketten oder einzelnen Initiativen veröffentlichen u. a. die Daten der Bundeszentrale für Qualitätssicherung gGmbH (BQS), um sich von den anderen Krankenhäusern abzusetzen⁶. Rufe nach Veröffentlichung der BQS-Daten werden auch in der Politik und Wirtschaft immer lauter.

Des Weiteren kann eine standardisierte Qualitätssicherung der Suchmaschinen noch nicht gewährleistet werden. Hier stecken die nationalen und internationalen Versuche Internetseiten mit medizinischen Inhalten zu zertifizieren noch in den Anfängen. Mehrere Anbieter versuchen, für sich allgemeingültige Eigenschaften festzulegen, die eine qualitätsgesicherte Informationsquelle im Internet kennzeichnen. Zu Nennen sind hier die Health on the Net Foundation (HON; HON-Code), MedCERTAIN / MedCIRCLE, DISCERN sowie das Aktionsforum Gesundheitsinformationssysteme (afgis) (vgl. Hebenstreit/Prümel-Philippson 2004, S. 91 – 97). Offen ist zu diesem Zeitpunkt, wie diese Qualitätskriterien auf internetbasierte Krankenhaussuchmaschinen übertragbar und anwendbar sind. Fest steht jedoch, dass das Internet auch auf das deutsche Gesundheitswesen großen Einfluss nehmen wird.

3 <http://www.klinik-lotse.de/khsWeb/Home.do>

4 <http://www.klinik-konsil.de/>

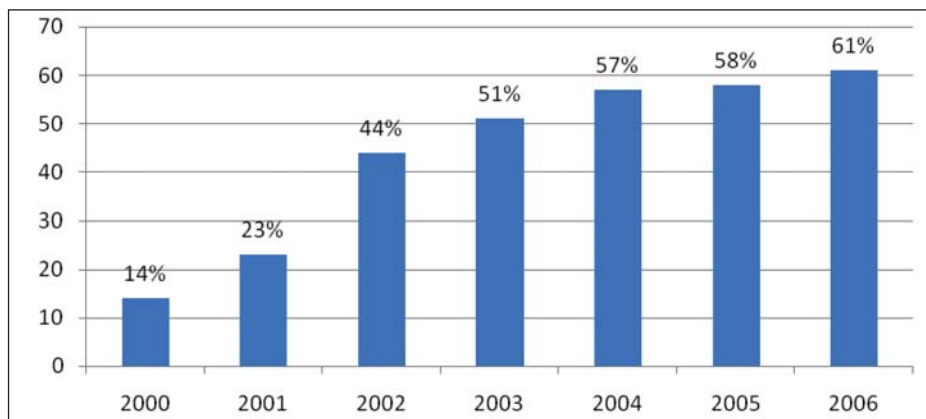
5 Ob es sich bei dem Internet um ein Massenmedium handelt ist in der Literatur strittig. Massenmedien verwehren dem Nutzer z.B. auf Grund der technischen Gegebenheiten eine wechselseitige Interaktion. Dieser Punkt kann aber wegen seiner Komplexität in dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden. Ich empfehle weiterführende Literatur (vgl. Tautz 2002, S. 57 – 64).

6 vgl. <http://www.tagesspiegel.de/berlin/kliniktest> ; <http://www.hamburger-krankenhausspiegel.de>

3 Die Rolle des Internets im Gesundheitswesen

In einem relativ kurzen Zeitraum hat sich das Internet zu einem Alltagsmedium bzw. Massenmedium, mit der höchsten Zuwachsrates an Nutzern, entwickelt (vgl. SVRKAiG 2003, S. 113). Von der Recherche im Job, über die Buchung des nächsten Urlaubs bis hin zum Auffinden von medizinischen Informationen unterstützt das Internet bei einer schnellen Informationsbeschaffung. Medizinisches Wissen wird für Laien und Experten global zur Verfügung gestellt und von Patienten heute schon teilweise für die Steuerung ihrer medizinischen Behandlung genutzt (vgl. Tautz 2002, S. 22 f.; Cotti 2003, S. 1; Rienhoff 1998, S. 12).

Aus dem täglichen Leben ist das Internet kaum noch wegzudenken. Verfügten im Jahr 2000 ca. 14 % der Privathaushalte über einen Internetanschluss (vgl. Destatis 2003, S. 10), waren es 2006 bereits 61 % (vgl. Destatis 2007, S. 113). Diese wachsende Bedeutung des Internets als Informations- und Kommunikationsmedium im Gesundheitssektor hat auch das Interesse in der wissenschaftlichen Diskussion geweckt (vgl. Schaeffer 2006, S. 29; Jakubowski 2003, S. 15). Betrachtet man die rasante Entwicklung des Internets seit seinem Beginn an (vgl. Abbildung 1), so kann man nur erahnen, welche Auswirkungen die derzeitige Entwicklung auf das deutsche Gesundheitswesen noch haben wird.



Quelle: Destatis 2000 – 2007;
Eigene Darstellung

Abbildung 1: Entwicklung der Internetanschlüsse von 2000 bis 2006

3.1 Auswirkungen des Internets auf das Gesundheitswesen

Seit Mitte der 1990er Jahre zeichnete sich bereits in den USA ab, welche Auswirkungen das Internet auf den Gesundheitssektor haben wird. Insbesondere als Laien und Konsumenten das Internet für sich entdeckten, zeigte sich das wirkliche Potenzial dieses Mediums zur Veränderung des Gesundheitssystems. Patienten recherchierten im Internet nach Informationen über Krankheiten oder nach alternativen Therapiemethoden. Forschungsberichte wurden im Internet veröffentlicht. Patienten kommunizierten per Email mit Therapeuten oder Betroffenen. Die Industrie, insbesondere Pharmaunternehmen entdeckten das World Wide Web (WWW) als Marketinginstrument für sich. Neue Unternehmen im Gesundheitssektor, wie die Internetapotheke DocMorris, etablierten sich (vgl. Tautz 2002, S. 18 ff.). Es entstand „eine neue Qualität der Dienstleistung“ (Tautz 2002, S. 21), weil das Abrufen von Informationen und die dazu nötigen Techniken einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt wurden. Laien hatten rund um die Uhr leichter Zugriff auf Expertenwissen (vgl. Tautz 2002, S. 21 f.). Laut dem SVRKAiG recherchieren ein Drittel der Internetnutzer nach gesundheitsbezogenen Informationen (vgl. SVRKAiG 2003, S. 113). Gleichzeitig stieg nach Schätzungen die Anzahl der gesundheitsbezogenen Internetseiten von 100.000 im Jahr 1999 auf ca. 500.000 Seiten im Jahr 2001 (vgl. test 2001, S. 86). Die Angebote liegen heute um ein vielfaches höher.

Für die Wahl eines Krankenhauses haben Patienten immer mehr Informationen von unterschiedlichen Informationsquellen zusammengetragen, um eine Entscheidungsfindung herbei zu führen. Ein neuer sog. Informationsmarkt ist entstanden (vgl. Streuf 2007, S. 113).

Es ist festzustellen, dass das Internet auch für den deutschen Gesundheitssektor entscheidende Veränderungen gebracht hat und noch bringen wird. Eine elementare Auswirkung auf das Gesundheitssystem ist die Forderung des Gesetzgebers im Rahmen des § 137 SGB V nach mehr Transparenz und die Veröffentlichung relevanter Krankenhausdaten im Internet:

*„[...] Inhalt und Umfang eines im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, in dem der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach den Nummern 1 und 2 sowie der Umsetzung der Regelungen nach Nummer 3 dargestellt wird. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen. **Er ist über den in der Vereinbarung festgelegten Empfängerkreis hinaus von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen.** Der Bericht ist erstmals im Jahr 2005 für das Jahr 2004 zu erstellen. [...]“ (§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V; Herv. FF).*

Wie bedeutungsvoll das Internet, auch aus der Sicht der Bundesregierung, für den Gesundheitssektor ist, zeigt zu dem ein Aktionsprogramm des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung, das im Dezember 2003 aufgestellt wurde. Für den Bereich Gesundheit wird in diesem Aktionsprogramm unter anderem die Weiterentwicklung und Installation neuer Informations- und Kommunikationstechnologien forciert (vgl. BMWA/BMBF 2006, S. 18). Gerhard Schröder hob zu dem in seiner Regierungserklärung am 14.03.2003 hervor, „... dass die Reserven, die in einer Modernisierung der Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen liegen, nicht ansatzweise ausgeschöpft sind.“ (Schröder 2003, S. 31).

Hier setzten weitere unterschiedliche Initiativen an. Zum einen auf europäischer Seite der 'Aktionsplan eEurope 2002 – Eine Informationsgesellschaft für alle mit Empfehlung zu Health online' (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaft 2002a), der im Juni 2002 um den Nachfolgeaktionsplan 'eEurope 2005' (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaft 2002b) ergänzt wurde und sich u. a. mit der Installierung der europäischen Gesundheitskarte beschäftigt. Zum anderen wurde auf bundesdeutscher Ebene im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz eine so genannte Telematikstrategie angeregt.

Die Regierung erwartet durch die 'E-Health Bewegung' eine bessere Gesundheitsversorgung und die Stärkung der Patientenautonomie. Gleichzeitig sieht sie aber die Problematik der fehlenden einheitlichen Standards, fehlende Vernetzung der einzelnen Akteure und die fehlenden haftungs- und datenschutzrechtlichen Aspekte. Des Weiteren setzt sich das Aktionsprogramm der Bundesregierung 'Informationsgesellschaft Deutschland 2006' unter anderem mit dem Thema Gesundheit und E-Health auseinander. „Gesundheitstelematik und E-Health sind dabei die Schlüsselbegriffe für den notwendigen Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen und für eine wirtschaftlichere, 'bessere' und transparentere Gesundheitsversorgung in Deutschland.“ (BMA/BMBF 2003, S. 25). Weiterhin identifizieren das BMA und das BMBF den Gesundheitssektor nicht nur als Kostenverursacher, daneben machen sie in ihrem Aktionsprogramm deutlich, dass durch den Einfluss und den Einsatz von neuen Informationstechnologien in dem medizinisch orientierten Dienstleistungssektor neue wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklungen initiiert werden und somit zu einer Wertschöpfung beitragen (vgl. BMA/BMBF 2003, S. 65).

3.2 Die E-Health Bewegung

Der Schlüsselbegriff für die Entwicklung des Gesundheitssektors im Internet ist unumstritten E-Health. Trat der Begriff 1997 zuerst im wirtschaftlichen Sektor auf, findet er erst ab dem Jahr 2000 Verwendung in medizinischen Publikationen. Tautz (2002) erwähnt, dass sich die Wissenschaft und Wirtschaft im Vorfeld schon mit der Thematik E-Health auseinandersetzten, aber ohne die eindeutige Verwendung des Kunstbegriffes. Bis zum heutigen Zeitpunkt fehlt allerdings eine einheitliche Definition. Sie ist dabei abhängig vom Verfasser und der angesprochenen Zielgruppe, welche Begriffe miteinander vermischt werden, oder wie deren Bedeutung interpretiert wird. Bedeutungs-gleiche Begriffe sind u. a.: Telemedizin, Online Health, Cybermedizin oder Consumer Health Informatics (vgl. Tautz 2002, S. 24 f.). E-Health wird in der Literatur häufig als Sammelbegriff verwendet, um damit das Zusammenspiel von Internet und Medizin zu bezeichnen (vgl. Jähn/Nagel 2003, S. VII; Dietzel 2004, S. 3; Tautz 2002, S. 24 ff.).

Warda & Noelle (2002) bezeichnen E-Health als Gesundheitstelematik, und machen deutlich, dass es sich hierbei um den konkreten Nutzen der Informations- und Kommunikationstechnik für eine umfassende, patientenorientierte und gesundheitliche Versorgung handelt (vgl. Warda/Noelle 2002, S. 23). E-Health und Gesundheitstelematik bezeichnen nach einer Definition von Dietzel „die Anwendung von Telekommunikations- und Informationstechnologien auf das Gesundheitswesen, insbesondere auf administrative Prozesse, Wissensvermittlung und Behandlungsverfahren.“ (Dietzel 2001, S. A 158). Cotti bringt noch den Aspekt der Verbesserung des patientenbezogenen Behandlungsweges und der damit verbundenen Kostenrationalisierung mit ein (vgl. Cotti 2003, S. 1). Eysenbach (2001) geht in seiner Definition noch weiter. Er fügt neben der technischen Entwicklung noch den Aspekt der Haltung und Verpflichtung, dem „state-of-mind“ (Eysenbach 2001, o. S.), für ein vernetztes und globales Denken zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung hinzu (vgl. Eysenbach 2001, o. S.).

Die E-Health-Bewegung hat das Potenzial die bestehenden Kernprobleme in der Versorgung kranker Menschen erheblich zu verbessern. Erhoffte Verbesserungen treten beispielsweise durch eine einheitliche und vollständige Dokumentation des medizinischen Verlaufs ein, der von allen EDV-Systemen gelesen werden kann. Dies hat wiederum zur Bedingung, dass die zurzeit existierenden Insellösungen der einzelnen medizinischen Dienstleistungsunternehmen durchbrochen werden (vgl. Dietzel 2001, S. A 158; Warda/Noelle 2003). Letztendlich soll E-Health den Nutzern die Möglichkeit eröffnen, aktiv an der Behandlung teilnehmen zu können, um als Motor für die Informations- und Kommunikationsindustrie zu fungieren (vgl. BMW/BMBF 2003, S. 65 - 67).

3.3 Nutzer und Internet

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat neben den Krankenkassen und den Ärzten die Patienten „als dritte Kraft“ (SVRKAiG 2003, S. 89) genannt, die einen Einfluss auf die Neugestaltung des Gesundheitswesens ausübt (vgl. SVRKAiG 2003, S. 89; Dierks 2001, S. 1) und somit die Rolle eines 'umworbene(n) Kunden' hat (vgl. Dierks 2003, S. 315 ff.). Dierks et al. sprechen hier von der Patientensouveränität die jedoch nicht von jedem Patienten wahrgenommen wird (vgl. Dierks et al. 2001, S. 1). Bezogen auf die Informationsfindung gilt dies nur für die Nutzergruppe der 36 bis 55 jährigen, die zu mehr als 80 % Printmedien und das Internet heranziehen (vgl. Streuf 2007, S. 115; Kriwy/Aumüller 2007, S. 467). Bei den über 55 jährigen geht der Nutzeranteil jedoch deutlich zurück. Von Bedeutung sind weiterhin der Gesundheitszustand und die Schulbildung bei den Patienten. Patienten mit einem schlechten Gesundheitszustand informieren sich weniger über das Internet (57 %) gegenüber der Gruppe der 'Gesunden'. Und

Patienten mit einer höheren Schulbildung (Hauptschulabschluss 60 %, Hochschulabschluss 78 %) nutzen häufiger Printmedien und das Internet (vgl. Streuf 2007, S. 115) und fragen diese auch häufiger nach (vgl. SVRKaIG 2003, S. 103). Zu dem erwarten laut einer repräsentativen Umfrage, die 1999 im Auftrag des Deutschen Ärzteblattes durchgeführt wurde, 53 % aller Ärzte, dass sich das Internet zum wichtigsten Informationsmedium im Gesundheitswesen entwickeln wird (vgl. Krüger-Brand 2000, S. A 299).

Das zeigt auch eine Studie über das Onlineverhalten deutscher Ärzte der Boston Consulting Group (BCG) von 2002. Nach dieser Studie suchten 88 % der deutschen Ärzte, die online sind, nach medizinischen Information und 72 % nach Fachartikeln (vgl. Abbildung 2) (vgl. BCG 2002).

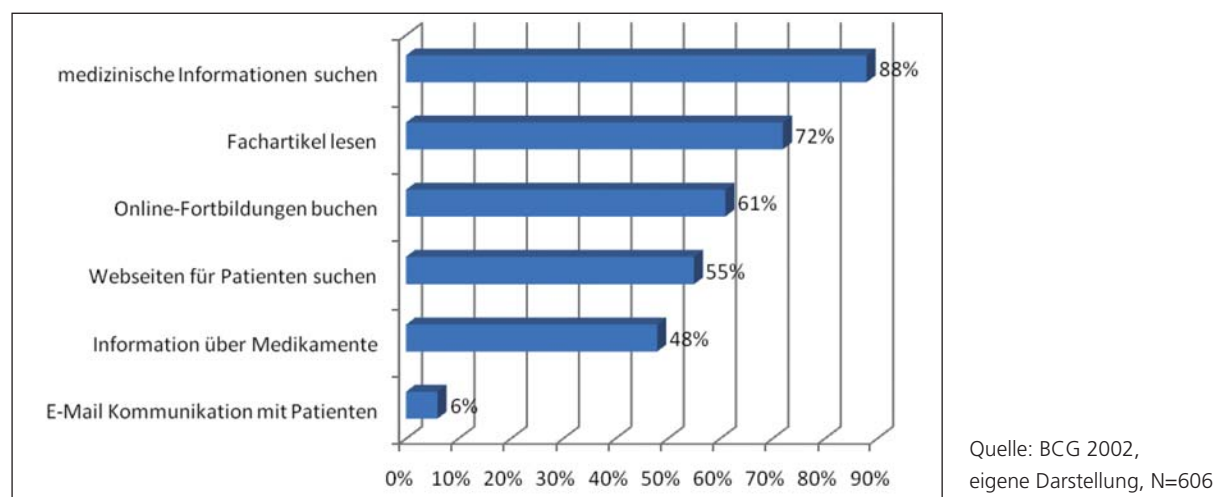


Abbildung 2: Onlineverhalten deutscher Ärzte im Internet

Dem steht konträr das Verhalten der Versicherten bei der Informationssuche zur Krankenhauswahl gegenüber. Das ist das Ergebnis einer Befragung der BARMER Ersatzkasse, die Ende 2005 bei 2000 Versicherten telefonisch durchgeführt wurde. Zur Informationssuche, insbesondere zur Wahl eines Krankenhauses, nutzen 93 % aller Befragten vorrangig den Hausarzt. Erst an zweiter Stelle ziehen 70 % der Versicherten krankenhausbegleitende Information von Zeitschriften, Zeitungen und dem Internet zu Rate. Wobei das Internet mit ca. 8 % noch eine sehr untergeordnete Rolle spielt (vgl. Streuf et al. 2007, S. 113 ff.; Kriwy/Aumüller 2007, S. 467; SVRKaIG 2003, S. 113; Abbildung 4). In einer von Lerch et al. (2001) durchgeführten Studie im Internet zur Nutzung von Informationsquellen zeigte sich, dass Internetnutzer trotz leichten Zugriffs auf Gesundheitsinformationen, mit 31 % den Arzt als Informationsquelle vorziehen. Erst im Anschluss folgen Broschüren (21 %) und das Internet (18 %) (vgl. Lerch/Dierks 2001, S. 122 f.).

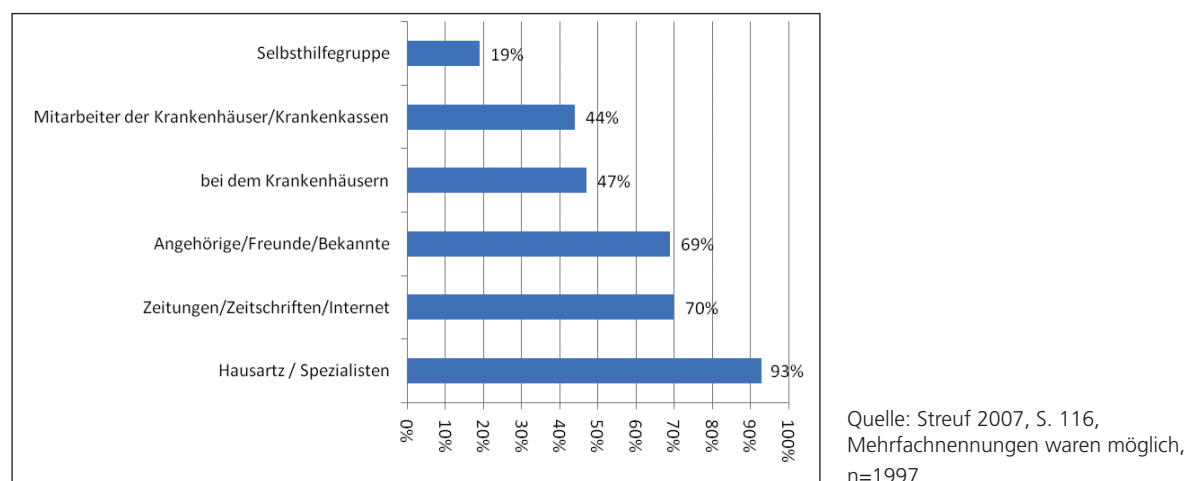
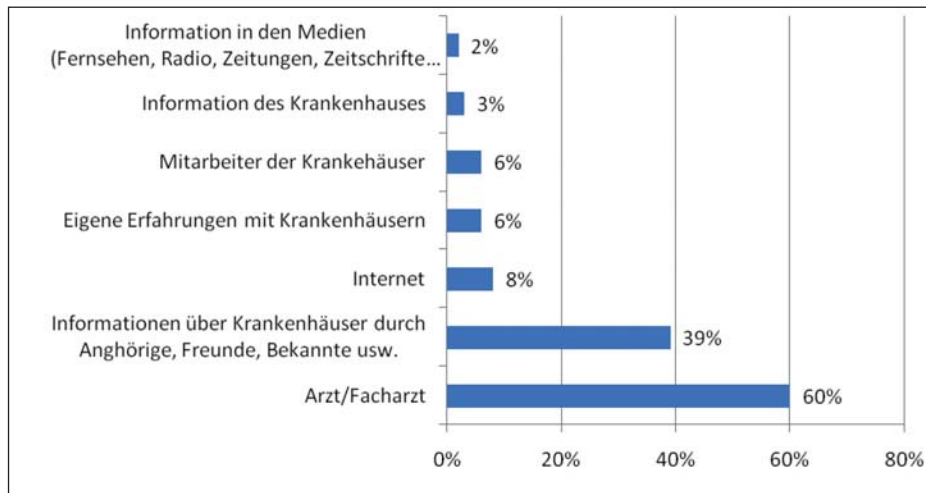


Abbildung 3: Informationsquellen zur Wahl eines Krankenhauses

Auf der anderen Seite verfügt noch ein erheblicher Teil der Bevölkerung über zu geringe Internetkenntnisse oder es fehlen die entsprechenden technischen Mittel (Software und Hardware) um die zur Verfügung stehenden Informationen abzurufen. (vgl. BMGS 1998, S. 46). Ein weiterer Aspekt ist die Informationsvermittlung an „marginale oder ‘vulnerable’ Gruppen der Gesellschaft, die Armen, die Alten, diejenigen mit kulturellen oder sprachlichen Schwierigkeiten.“ (Dierks et al. 2000, S. 160). Hier ist es von Bedeutung einen Weg zu finden gesundheitsbezogene Informationen zu verbreiten und allen Gesellschaftsgruppen zugänglich zu machen. (vgl. Dierks et al. 2000, S. 160).



Quelle: Streuf 2007, S. 117, Mehrfachnennungen waren möglich, n=1997

Abbildung 4: Wichtigste Informationsquellen zur Krankenhauswahl

4 Die Rolle der Internet-Suchmaschinen im Gesundheitswesen

Suchmaschinen wurden mit dem Aufkommen des World Wide Web entwickelt. Sie erlauben das Durchsuchen des WWW mit seinen mehreren Milliarden Dokumenten. Aktuell gibt es allerdings keine allgemeingültige Methode, verlässliche Gesundheitsinformationen im Internet zu finden. Weltweit werden täglich die Informationen erweitert und verändert. Es kommen neue Seiten hinzu, alte Seiten werden nicht aktualisiert, überholte Informationen nicht gelöscht (vgl. Adelhard 2000, S. A 2863). Eine Suchanfrage führt oftmals zu einer sehr langen Liste gefundener Dokumente. Das Ergebnis ist auf Grund seines enormen Umfangs relativ unbrauchbar (vgl. Machill 2005, S. 12).

Suchmaschinen vereinen Recherchemöglichkeiten mit einer Fülle von Problemlagen in unterschiedlichen Bereichen. Sie spielen für das Auffinden von Informationen eine bedeutende Rolle. Nach dem heute zugrunde liegenden Stand der Technik wären das Auffinden von Informationen im Internet und deren effektive Verwendung ohne Suchmaschinen fast unmöglich (vgl. Machill 2005, S. 12). Ein neuer Nutzer 'verläuft' sich schnell und kann fehlgeleitet werden. Es sind zwar die Informationen im World Wide Web vorhanden, aber die Wahrscheinlichkeit, die gesuchten Informationen zu finden ist äußerst gering.

Man schätzt, dass das World Wide Web vermutlich um die 550 Mrd. Internetseiten umfasst, deren Zahl sich stetig verändert (vgl. Machill 2005, S. 12). Die Beschaffung der richtigen Informationen und die Genese von Wissen aus diesen Informationen erscheint unter diesen Bedingungen eine kaum lösbare Aufgabe (vgl. Noack/Schomburg 1998, S. 7; Beier 2004, S. 78). Allein der Begriff 'health' als Suchbegriff bei google.de erzeugt eine Zahl von über 1 Mrd. Treffern, E-Health fördert noch 2,3 Mio. Treffer zutage.⁷

⁷ vgl. www.google.de : Zugriff: 13.06.2007 20.10 Uhr

Es ist jedoch nicht richtig, an dieser Stelle zu behaupten, dass eine systematische Suche nach relevanten Informationen im Internet nicht möglich ist. Insbesondere das konsequente elektronische Speichern der Informationen eröffnet neue Möglichkeiten, die Suche zu automatisieren (vgl. Noack/Schomburg 1998, S. 7). Dies gilt aus heutiger Sicht auch für Informationen aus dem Gesundheitssektor. Mittlerweile finden die Nutzer eine kaum zu überblickende Anzahl von Seiten im Internet aus diesem Bereich. Nutzer mit unterschiedlichen Interessenlagen haben ein Bedürfnis nach Informationen. Insbesondere Patienten, denen ein elektiver Eingriff bevorsteht, wollen Informationen über infrage kommende Krankenhäuser. An diesem Punkt setzen Krankenhaus-Suchmaschinen an. Sie versuchen die Informationen aus den Qualitätsberichten zu kanalisieren. „Diese Informationsflut kann nur vernünftig genutzt werden, wenn sie inhaltlich erschlossen ist, d. h. die Suchenden eine Struktur vorfinden, in der sie sich – persönlich, mit ihrem individuellen Kenntnisstand – zurechtfinden.“ (Beier 2004, S. 78).

Hier spielen Suchmaschinen eine entscheidende Rolle dabei, welche Informationen den Nutzern zur Verfügung gestellt werden. Sie haben nach Ansicht von Experten die Funktion von Gatekeepern und somit eine Machtposition (vgl. Wolling 2002, S. 1; Machill/Welp 2003 S. 18). Sie sind das 'Tor zum Netz' (vgl. Landesanstalt für Medien Nordrhein-Westfalen 2005, S. 7). 90 % der 14 bis 19-jährigen und 62 % der ab 60-jährigen nutzten 2006 mindestens einmal wöchentlich eine Suchmaschine (vgl. Eimeren 2006, S. 406). 59,9 % aller Personen ab 14 Jahre gehen nach Angaben einer ARD-/ZDF-Onlinestudie von 2006 gelegentlich online. 1997 waren es 6,5 % (vgl. Abbildung 5). Wobei aber nach der Befragung von 2000 Versicherten durch die BARMER Ersatzkasse 66 % einen gedruckten Krankenhausführer bevorzugen und nur 33 % der Befragten einen Online-Krankenhausführer verwenden würden. Als Grund für die geringe Nutzung eines Online-Krankenhausführers wird die noch zu geringe Verbreitung des Internets angegeben (vgl. Streuf et al. 2007, S. 118).

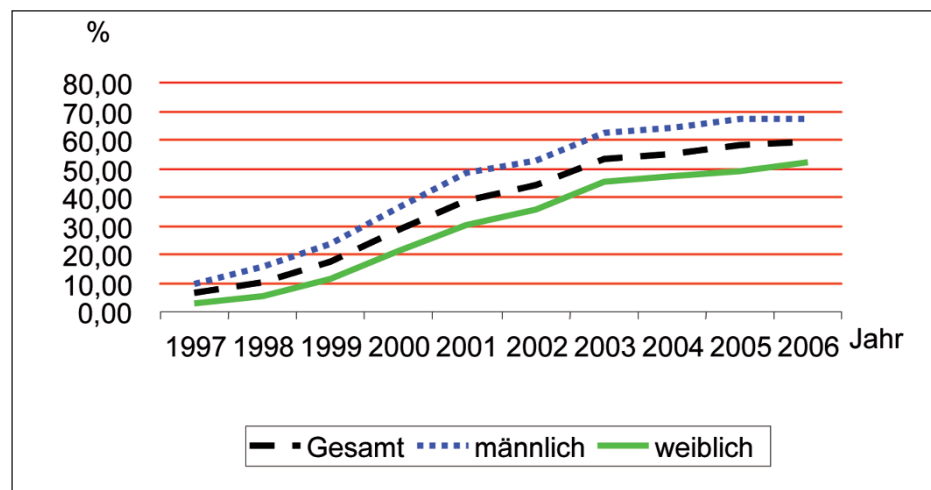


Abbildung 5: Internetnutzer in Deutschland

5 Problemfelder der Suchmaschinen⁸

Machill (2005) weist darauf hin, dass der Informationssuchende sich nicht nur auf eine Quelle verlassen sollte. Das Ergebnis der gesuchten Informationen ist stark von der Funktionsweise und den Interessen des Anbieter abhängig (vgl. Machill 2005, S. 14 ff.). Google.de hat nach eigenen Aus-

⁸ Ich werde auf Grund der umfangreichen Arbeitsweise der Suchmaschinen nicht näher auf deren Technik und Funktionsweise eingehen um den Umfang dieser Arbeit übersichtlich zu halten. Ich empfehle dazu eine ausführliche Recherche in der einschlägigen Literatur (vgl. Machill/Welp 2003).

sagen ca. 8 Mrd. Dokumente in der Datenbank erfasst (vgl. Machill 2005, S. 12). Auf Grund der stetig wachsenden Anzahl von internetveröffentlichten Gesundheitsinformationen ist zu beachten, dass Suchmaschinen nicht alle veröffentlichten Informationen in den Suchergebnissen abbilden können, da auch sie eine Zeit brauchen um neue Seiten zu finden und im Index aufzunehmen.

Wurde die entsprechende Information gefunden, stellt sich die Frage, inwieweit sind die Informationen durch die Suchmaschinen selbst bzw. durch Dritte selektiert (vgl. Machill/Welp 2003, S. 18). Insbesondere sind hier die technischen Voraussetzungen und der damit verbundene Einfluss auf die Such- und Auswahlroutinen der Suchmaschinen zu nennen. Diese Bedingungen entscheiden, welche Informationen der Nutzer tatsächlich erhält (vgl. Wolling 2005, S. 529).

Dabei betrachten gut drei Viertel der Nutzer einer Suchmaschine nur die Treffer auf der ersten Ergebnisseite. Und genau darin sehen die meisten Anbieter von Inhalten den größten Kritikpunkt. Je höher ein Eintrag in einer populären Suchmaschine platziert ist, desto höher sind seine Zugriffszahlen, die sich u. a. im wirtschaftlichen Erfolg niederschlagen (vgl. Machill/Welp 2003, S. 18 f.). Es stellt sich dabei die Frage, die hier allerdings unbeantwortet bleiben muss, ob Suchmaschinen überhaupt „eine neutrale Rolle in der Informationsverbreitung einnehmen können, sollen und wollen?“ (Machill/Welp 2003, S. 19).

Ein weiterer Aspekt ist die evtl. Manipulierbarkeit der Rechercheergebnisse. Angefangen von der Entstehung der Datenbank bis hin zur Darstellung der Informationen im Ranking. Hier sind Kontrollinstanzen zu etablieren, die weit über die reine Selbstkontrolle hinaus gehen. Die Möglichkeiten reichen von externen Kontrollen durch andere Anbieter, Vergabe eines Siegels und Bewertungskriterien von Nutzern, bis hin zu einer staatlichen Aufsicht (vgl. Machill/Welp 2003, S. 28).

6 Anforderungen an Gesundheitsinformationen

Gesundheitsinformationen die qualitativ auf höchstem Niveau, leicht verfügbar, umfassend und für Laien leicht verständlich sind, bilden die Grundlage für verantwortliches und selbstständiges Handeln der Laien im Umgang mit ihrer Gesundheit oder Krankheit (vgl. Friede-Mohr 1998, S. 51; Dierks et al. 2000, S. 158 ff.; Lerch/Dierks 2001, S. 119 ff.).

Die Anforderungen an Gesundheitsinformationen müssen aus diesem Grund gewissen Kriterien unterliegen. Dabei spielt es keine Rolle, ob diese Informationen direkt durch den Behandelnden oder indirekt durch das Medium Internet vermittelt werden (vgl. Dierks et al. 2000, S. 159). Jedoch muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass die Informationsanbieter sich sicherlich nicht vorschreiben lassen, wie die Struktur ihrer Informationsplattform im Internet aufgebaut bzw. gestaltet werden soll (vgl. Friede-Mohr 1998, S. 51).

Die unterschiedlichen Informationsangebote sollten aber gewisse Regeln berücksichtigen. Informationen müssen für die Nutzer verständlich sein. Zudem ist auf ihre Aktualität zu achten (vgl. Friede-Mohr 1998, S. 51; Lerch/Dierks 2001, S. 119). Dabei dürfen die Inhalte nicht zu allgemein gehalten sein, sondern sollten auch Expertenwissen vermitteln können, welches wiederum nicht zu komplex dargestellt werden darf. Die Gefahr der komplexen Vermittlung von Informationen ruft bei dem Nutzer Desinteresse an der Information, der Internetseite und nicht zum Schluss an der Suchmaschine hervor (vgl. Friede-Mohr 1998, S. 52).

Hier zeigen die neuen Medien ihre Möglichkeiten. Es ist ohne großen technischen Aufwand möglich, komplexe Informationen sinnvoll zu strukturieren und zu gestalten. Sie können beispielsweise je nach Interessenlagen der Suchenden abgestuft dargestellt werden. So ist es möglich unterschiedliche Nutzergruppen anzusprechen. Der Übergang von einem Laien- zu einem Experteninformationssystem kann fließend sein (vgl. Lerch/Dierks 2001, S. 119). Dabei ist besonders zu berücksichtigen, dass die dargebotenen Informationen einer 'Qualitätskontrolle' durch Experten unterzogen werden (vgl. Friede-Mohr 1998, S. 52).

Prinzipiell müssen die angebotenen Informationen die Nutzerbedürfnisse befriedigen. Das bedeutet, dass die Eingabe eines Stichwortes oder eine Stichwortsammlung zur entsprechenden Information führt. Ähnlich dem Nachschlagen in einem Lexikon (vgl. Friede-Mohr 1998, S. 51).

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Einfachheit der Bedienung einer Suchmaschine. So sollte u. a. die Möglichkeit gegeben sein, getätigte Eingaben oder Mausklicks, durch eine einfache Methode rückgängig machen zu können (vgl. Friede-Mohr 1998, S. 51). Desweiteren ist eine zuverlässige Funktionsweise und der Einsatz geringer technischer Mittel unabdingbar für den Gebrauch einer Suchmaschine (vgl. Friede-Mohr 1998, S. 52).

Undurchschaubar sind für den Laien mögliche Kooperationen und damit einhergehend, die klare Trennung zwischen Werbung und redaktionellem Inhalt oder einer finanziellen Abhängigkeit (vgl. Hebenstreit/Prümel-Philippsen 2004, S. 91 f.). Natürlich ist die Gestaltung und Pflege einer Suchmaschine mit Kosten verbunden. Aus diesem Grund sind Sponsoren in diesem Bereich des Internets bei den Anbietern erwünscht. Es muss aber darauf geachtet werden, dass sich das Sponsoring auf die Wissensvermittlung bezieht und die Plattform nicht für die Produktwerbung missbraucht wird. Zudem sind Sponsoren eindeutig kenntlich zu machen. (vgl. Friede-Mohr 1998, S. 52).

Als besondere Leistung sollte es dem Informationssuchenden möglich sein, mit der Suchmaschine in den 'Dialog' zu kommen. Hierdurch wird dem Nutzer die Möglichkeit gegeben, sich individuelle Informationen zusammen stellen zu lassen. Dazu ist es notwendig, dass dem Suchenden entweder standardisierte Fragen gestellt werden, oder anhand eines Auswahlverfahrens, mit anschließender individueller Bewertung, die Informationen zusammen gestellt werden (vgl. Friede-Mohr 1998, S. 53).

Abschließend ist es für den Nutzer und für den Informationsanbieter von Bedeutung, dass aufgrund ihrer teilweise 'brisanten' Informationen ein Zertifizierungssystem entwickelt wird. Durch diese Zertifizierung wird die Qualität der Information ausgezeichnet. Weiterhin kann mit diesem Qualitätssiegel geworben werden, und der Nutzer kann sich auf die Qualität der Information verlassen (vgl. Friede-Mohr 1998, S. 53). Die aufgeführten Kennzeichnungen werden vornehmlich auf Internetseiten im deutschsprachigen Raum zu finden sein. Es gibt weltweit derzeit aber ca. 100 Qualitätsschecklisten⁹ für medizinische Informationen oder medizinische Internetangebote. Mehr oder weniger überschneiden diese sich jedoch in einigen Punkten.

⁹ In dieser Ausarbeitung werden die vier für Deutschland zurzeit relevanten Qualitätssicherungssysteme herausgearbeitet um den Rahmen der Arbeit in Grenzen zu halten. Für alle weiteren Systeme empfehle ich eine zusätzliche Literaturrecherche (vgl. Jähn/Nagel 2004).

7 Qualitätssicherung für Gesundheitsinformationen im Internet

Gesundheitsinformationen können im Internet durch unterschiedlichste Gruppen veröffentlicht werden. Privatpersonen können ebenso Informationen publizieren wie kommerzielle Anbieter oder wissenschaftliche Institutionen. Für Laien ist es daher fast unmöglich, sich in der Informationsflut zurechtzufinden. Angesichts der weltweiten Fülle der medizinischen Informationen mit der einhergehenden Undurchsichtigkeit, ist die Qualität der veröffentlichten Informationen aus dem Gesundheitsbereich oft fehlerhaft (vgl. Boyer 2003, S. 4).

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat bereits 2003 in seinem Gutachten eine „Strategie der Qualitätssicherung im Internet“ befürwortet (SVRKAiG 2003, S. 113 – 118). Rienhoff (1998) weist auf Grund der freien Zugänglichkeit gesundheitsbezogener Informationen darauf hin, dass „für Patienten und Angehörige der Gesundheitsberufe Strategien entwickelt werden [müssen, damit] mittels geeigneter Maßnahmen die Seriosität von Empfehlungen (Anpreisungen) nachprüfbar gemacht werden kann.“ (Rienhoff 1998, S. 14). Derzeit existieren auf dem Sektor der Qualitätssicherung von Patienteninformationen international wie auch national unterschiedliche Ansätze. Zertifikate, Leitlinien und Kodizes im Gesundheitsbereich wie etwa das Health on the Net- (abgekürzt: HON-) Siegel, das DISCERN-Handbuch, MedCERTAIN / MedCIRCLE sowie das Aktionsforum Gesundheitsinformationssysteme (afgis) sind erste Ansätze. Diese Ansätze basieren auf unterschiedliche Verfahren der Qualitätssicherung (vgl. Lerch/Dierks 2001, S. 140 ff.; Jäckel 2002, S. 22 f.).

Dierks et al. (2002) sehen die Verantwortung zur Qualitätssicherung nicht nur bei den Informationsanbietern, sondern auch bei den Nutzern (vgl. Dierks et al. 2002, S. 30 ff.). Aus diesem Grund werden die Maßnahmen zur Qualitätssicherung differenziert betrachtet. Zum einen werden Maßnahmen der Qualitätssicherung durch den Anbieter im Rahmen der Selbstverpflichtung formuliert, die z. B. durch den europäischen HON-Code etabliert werden.

Zum anderen präferieren Medcertain, das Aktionsforum Gesundheitsinformationssysteme (afgis) eine Qualitätssicherung durch externe Kontrollinstanzen. Die letzte Möglichkeit, medizinischen Informationen im Internet einer Qualitätsbewertung zu unterziehen, wäre die durch die Nutzer selbst. Hier favorisieren Dierks et al. die 1998 entwickelte Methode einer englischen Arbeitsgruppe, welche mit DISCERN ein „standardisiertes Instrument zur Überprüfung von Informationsmaterialien“ (Dierks et al. 2001, S. 143) erarbeitete. Diese Systeme können zwar kein Missbrauch verhindern, prägen aber die Richtung, in die es gehen kann (vgl. Kranich 2006, S. 11). Die Bedeutung dieser Initiativen wird in den kommenden Jahren stetig steigen, je mehr interaktive Informations- und Kommunikationssysteme in den Alltag, die Lehre und auch in die direkte Behandlungssituation Einzug halten (vgl. Jähn/Nagel 2002, S. VIII). Dies setzt aber voraus, dass es national wie auch international einen einheitlichen und verpflichteten Standard gibt. Zurzeit ist die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen von webbasierten Gesundheitsinformationen freiwillig. Ein Standard, der sowohl national als auch international anerkannt ist, fehlt bis heute (vgl. Danwitz et al. 2001, S. 13).

In den nächsten Kapiteln werden die auf nationaler Ebene etablierten Qualitätssicherungsverfahren für medizinische Informationen im Internet dargestellt. Diese 'Qualitätsstandards' verdeutlichen nochmals die wesentlichen Anforderungen, die an Gesundheitsinformationen gestellt und im Internet veröffentlicht werden.

7.1 Health on the Net Foundation (HON): Code of Conduct¹⁰

Dieser international bekannteste Ansatz hat seinen Ursprung in der Schweiz. Von der 1995 gegründeten Health on the Net Foundation wurde er 1996 erstmalig veröffentlicht, und seit 1997 unverändert beibehalten. Es handelt sich bei dem so genannten 'HON Code of Conduct' (HONcode) um ein System, bei dem sich die Informationsanbieter im Rahmen einer freiwilligen Selbstverpflichtung zu den Prinzipien des HONcode verpflichten (vgl. Lerch/Dierks 2001, S: 140). Bisher haben mehr als 3000 Websites die folgenden acht Grundsätze übernommen:

1. Die veröffentlichten Informationen werden nur von Fachleuten publiziert. Sie sind einem Autor, dessen medizinische Qualifikation erwähnt ist, zuzuschreiben. Laieninformationen werden eindeutig als solche gekennzeichnet (Authority, Autorität).
2. Die Informationen dienen nur der Unterstützung einer Arzt-Patient-Beziehung. Sie wird durch die Angaben nicht ersetzt. Zweck und Ziel der Website müssen eindeutig identifizierbar sein. Die Gründe zur Veröffentlichung der Informationen sollen erkennbar sein (Complementarily, Komplementarität).
3. Es wird die Vertraulichkeit der individuellen Patientendaten garantiert, respektiert und juristische Mindestanforderungen gewährleistet (Confidentiality, Vertraulichkeit).
4. Die Informationen sind mit eindeutigen Referenzen und Quellen hinterlegt. Die verwendete Literatur kann eindeutig nachvollzogen werden. Ihre Aktualität wird durch die Anzeige eines Aktualisierungsdatums dokumentiert (Attribution, Referenz und Datum).
5. Angaben zur Wirksamkeit oder Nutzen einer Therapie, eines Produktes oder einer Dienstleistung sind durch wissenschaftliche Beweise unterstützt oder werden durch sie belegt. Ebenso sind ungünstige Wirkungen oder Alternativen einer therapeutischen Maßnahme beschrieben (Justifiability, Entschuldigbarkeit).
6. Kontaktadressen, insbesondere der für den redaktionellen Teil verantwortlichen Autoren, sind den Informationen eindeutig zuzuordnen. Der Administrator oder Webmaster gibt seine Kontaktadresse bekannt (Transparency of Authorship, Transparenz der Autorenschaft).
7. Sponsoren, Unterstützer und finanzielle Abhängigkeiten werden klar genannt. Dies gilt auch bei der Bereitstellung von Dienstleistungen und Material die zur Erstellung der Website zur Verfügung gestellt wurden (Transparency of Sponsorship, Transparenz der Sponsoren).
8. Handelt es sich bei der Website um eine durch Werbung finanzierte Seite, ist darauf hinzuweisen. Weiterhin muss eine eindeutige Trennung zwischen Werbung und originalem Inhalt erfolgen (Honesty in Advertising & Editorial Policy, Ehrlichkeit bei Werbung und der Veröffentlichungspolitik).

(vgl. HON 1997; Jähn/Nagel 2004, S. 91 f.)¹¹.

Nach dem HON-Code Verfahren wird ein Selbsttest unter Anwendung des HON-Site-Checkers durchgeführt. Ein Mitgliedsantrag muss ausgefüllt werden. Anschließend wird die Website und deren Informationen durch HON geprüft und eine Rückmeldung an den Betreiber geschickt. Abschließend kann das HON Logo auf der Website als Nachweis für die Einhaltung der o. g. Leitlinien veröffentlicht werden. HON veröffentlicht den Namen der zertifizierten Webseiten.

An diesen Qualitätskriterien wird kritisiert, dass sie zu allgemein gehalten sind, und so nur zur minimalen Qualitätssicherung herangezogen werden können (SVRKAiG 2003, S. 116).

¹⁰ vgl. <http://www.hon.ch>

¹¹ vgl. hierzu Tautz 2002, S. 106 ff.; Danwitz et al. 2001, S. 13 ff.; Viell 2002, S. 600; SVRKAiG 2003, S. 116

¹² www.discern.de; Das DISCERN-Handbuch 2000

7.2 DISCERN¹²

Der Begriff 'DISCERN' ist auf den englischen Ausdruck 'to discern' (wahrnehmen) zurückzuführen. Ursprünglich entwickelten Wissenschaftler aus Oxford einen Fragebogen mit dessen Hilfe gedruckte Patienteninformationen einer Bewertung unterzogen werden können. Dieses 15-Fragen umfassende Handbuch bezieht sich auf die Zuverlässigkeit einer Information und die Qualität der Darstellung von Behandlungsalternativen (vgl. SVRKAiG 2003, S. 116). Für Autoren und Betreiber von Informationsplattformen im Internet dient DISCERN der Bewertung von methodischer Qualität medizinischer Laieninformationen (vgl. Charnock 2000, S. 1). Die Beurteilung der Qualität der Information erfolgt durch den Nutzer der Information in drei Abschnitte.

Im Folgenden Abschnitt (Fragen 1 – 8) des DISCERN-Instrumentes zur Qualitätsüberprüfung, wird anhand von 8 Fragen geprüft, ob die Informationen zuverlässig sind (vgl. Charnock 2000, S. 17 – 33):

1. Sind die Ziele und Absichten der Publikation klar beschrieben?
2. Entspricht die Publikation den dargelegten Zielen und Absichten?
3. Sind die Informationen für die Zielgruppe oder den Verbraucher relevant?
4. Sind die Aussagen nachvollziehbar belegt?
5. Sind die Informationen aktuell?
6. Sind die Informationen ausgewogen und vorurteilsfrei?
7. Existieren detaillierte Angaben über zusätzliche Hilfen und Informationen?
8. Werden Probleme erwähnt, zu denen keine sicheren Informationen vorliegen?

Im nächsten Abschnitt wird die Qualität der Informationen in Bezug auf Behandlungsalternativen durch 7 Fragen beurteilt (vgl. Charnock 2000, S. 33 – 46):

9. Wird in der Veröffentlichung die Wirkungsweise jedes Behandlungsverfahrens dargestellt?
10. Ist in der Information der Nutzen der Behandlungsverfahren beschrieben?
11. Sind die Risiken der Behandlungsmethoden abgebildet?
12. Wird auf die möglichen Folgen hingewiesen, wenn keine Behandlung erfolgt?
13. Werden Einflüsse auf die Lebensqualität beschrieben, die durch die veröffentlichte Behandlung eintreten können?
14. Wird auf Behandlungsalternativen hingewiesen?
15. Dient die Veröffentlichung dazu, gemeinsam mit anderen eine Entscheidungsfindung herbeizuführen?

Mit dem letzten Abschnitt wird eine Zusammenfassung auf Grundlage der beantworteten Fragen erstellt. Die Information soll mit Blick auf ihre Gesamtqualität zur Informationsvermittlung bewertet werden.

Eine Bewertung von multimedialen Inhalten im Internet mit den DISCERN-Kriterien ist auf Grund der ursprünglichen Konzeption des Instruments für gedruckte Patienteninformationen allerdings nicht umfassend ausgelegt. Einige Kriterien produzieren zudem subjektive Bewertungen durch den Beurteilenden.

12 www.discern.de; Das DISCERN-Handbuch 2000

Besonders hervorzuheben ist bei dem DISCERN-Ansatz, dass die Nutzer für Qualitätsanforderungen von medizinischen Informationen sensibilisiert werden. Dies ist eine wichtige Hilfe zur Selbsthilfe im Informationsdschungel Internet.

7.3 MedCERTAIN / MedCircle

Das 'MedCERTAIN'¹³-Projekt ist eine von der Europäischen Union geförderte Initiative. In diesem Qualitätssicherungssystem findet eine Kontrolle durch unabhängige Institutionen statt. Zur Zertifizierung der Gesundheitsinformationen empfiehlt MedCERTAIN ein Vorgehen in drei Stufen. In der ersten Stufe wird ein Vertrauenssiegel vergeben. Dieses Siegel erhalten die Informationsanbieter wenn sie auf freiwilliger Basis, ihr Angebot unter Beachtung des 'Washington Code of E-Health Ethics Draft'¹⁴ gestalten. In der zweiten Stufe werden der Inhalt und das Webangebot von einem Mitglied von MedCERTAIN formal geprüft. Eine inhaltliche Prüfung des Angebotes durch Experten findet erst in der dritten Stufe statt (vgl. Danwitz 2001, S. 13; Hebenstreit/Prümel-Phillipsen 2004, S. 95).

Ziel ist es schädliche und gefährliche Gesundheitsinformationen heraus zu filtern und auf diese Informationen aufmerksam zu machen. Als Folgeprojekt wurde MedCIRCLE¹⁵ September 2002 initiiert. Mit einem speziellem Vokabular (HIDDEL- Health Information Disclosure, Description and Evaluation Language) auf der Basis einer XML Programmiersprache soll das Finden, Beurteilen und Kategorisieren der veröffentlichten Gesundheitsinformationen erleichtert werden. Ziel ist eine maschinenlesbare Qualitätskennzeichnung von medizinischen Internetangeboten¹⁶.

7.4 Aktionsforum Gesundheitsinformationssysteme (afgis)¹⁷

Afgis ist eine Vereinigung von Organisationen, Firmen, Verbänden und anderen juristischen Personen, deren Ziel es ist, qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen anbieten zu wollen und sich dadurch der Qualitätssicherung von Gesundheitsinformationen verpflichtet zu fühlen. Die Partner haben Transparenzkriterien festgelegt. Jeder teilnehmende Partner hat das afgis-Logo auf seiner Webseite. Beim Klick auf dieses Logo öffnet sich eine Seite, auf der der jeweilige Informationsanbieter über sich, sein Anliegen und die Art seiner Informationen Auskunft gibt (vgl. Hebenstreit/Prümel-Phillipsen 2004, S. 96 f.; Danwitz et al. S. 15 f.; SVRKAiG 2003, S. 116).

Durch diese Selbstauskunft soll für den Informationssuchenden Transparenz hergestellt werden. Zum Erhalt des afgis-Logos müssen Transparenzkriterien erfüllt werden. Weiterhin muss der Anbieter der Information genannt sein. Diese Angaben helfen, lt. afgis, dem Nutzer die Informationen zuordnen zu können. Aus diesen Daten wird ersichtlich, ob es sich bei dem Anbieter um eine Institution oder um ein Unternehmen mit wirtschaftlichem Interesse handelt. Weiterhin muss Transparenz über den Zweck der angebotenen Information und über die angesprochene Zielgruppe herrschen. Hierbei ist es für den Nutzer von Bedeutung, ob sich bei den gesundheitsbezogenen Inhalten um Sachinformationen oder um Werbung handelt, und ob hier Laien oder Experten angesprochen werden. Weiterhin dienen auch bei afgis die Offenlegung der Autorenschaft und der Informationsquellen für mehr Transparenz und somit zu mehr Vertrauen. Die Nutzer der angebotenen Informationen sollen bei diesem Kriterium erfahren, ob es sich um einen Erfahrungsbericht oder um eine wissenschaftliche Studie handelt.

13 MedCERTAIN = Certification and Rating of Trutworthy and Assessed Health Information on the Net

14 vgl. <http://www.jmir.org/2000/1/e2/>

15 MedCIRCLE = Collaboration for Internet Rating, Certification, Labeling an Evaluation of Health Information

16 vgl. http://www.patienten-information.de/content/projekte/foerderprojekt/projekte/foerderprojekt/medcircle/index_html

17 vgl. www.afgis.de

Ein weiteres Transparenzkriterium ist die Aktualität der veröffentlichten Daten. Hierdurch wird angezeigt, dass es sich bei den Informationen um den aktuellen Erkenntnis- und Forschungsstand handelt. Zudem ermöglichen Träger des afgis-Logos ihren Nutzern eine Form der Rückmeldung. Hiermit dokumentiert der Anbieter, dass er Interesse an Verbesserungen, Problemen oder Kritik der Nutzer hat. Ähnlich einem Peer Review Verfahren¹⁸, das der Qualitätssicherung dient, dokumentiert das afgis-Logo, dass es sich bei den Informationen um eine gesicherte, von unabhängigen Experten geprüfte Veröffentlichung handelt. Unabhängig von dem Zweck der Information muss zudem für den Informationssuchenden deutlich eine Abtrennung von Werbung und redaktionellem Beiträgen erkennbar sein. Das beinhaltet weiterhin, dass eine Offenlegung der finanziellen Abhängigkeiten durch Sponsoren oder anderen Finanzierungen durchgeführt wird, um so Neutralität und Offenheit zu dokumentieren. Daneben sollen Kooperationen und Netzwerke auf der Internetseite abgebildet werden. Das hat zur Folge, dass der Nutzer anhand dieser Informationen mögliche Rückschlüsse auf weitere Geldgeber ziehen kann.

Ebenso zählt der Umgang mit persönlichen Daten zu einer der wichtigen Transparenzkriterien. Der Nutzer muss wissen, ob personenbezogene Daten von ihm, wann und wofür dauerhaft oder zeitlich begrenzt gespeichert werden. Das können Daten sein, die auf den Besuch der Internetseite hinweisen, Daten aus Fragen zur Informationsfindung, oder Daten aus Umfragen. Um den Informationssuchenden den Umgang mit seinen möglichen Daten zu verdeutlichen, ist eine Datenschutzerklärung unumgänglich (vgl. afgis.de).

Zudem muss dem Nutzer die Möglichkeit gegeben werden, anhand der dargestellten Kriterien qualitätsgesicherte Informationen aus dem Internet herausfiltern zu können. Dazu sollten Grundsätze beachtet werden, nach dem eine Qualitätsprüfung durch Laien durchgeführt werden kann.

7.5 Qualitätsprüfung von Gesundheitsinformationen im Internet

Wenn ein Anbieter von Informationen mit einer Qualitätsprüfung seines Internetangebots und der darauf angebotenen Informationen wirbt, sollten die Nutzer nach Hinweisen suchen, gemäß welchen Kriterien diese Qualitätsprüfung und die Siegelvergabe erfolgt ist. Dazu sollten die Prüfungskriterien nachgelesen werden können. Hierdurch ist es dem Nutzer möglich die Informationen anhand der Richtlinien der unterschiedlichen Qualitätssicherungssysteme zu prüfen. Ein weiterer Punkt ist ein Hinweis auf das Datum der Qualitätsprüfung und wer die angebotenen Informationen einer Beurteilung unterzogen hat. Welche Ziele die Qualitätsprüfung hatte und bei welchen Informationsanbietern diese Art der Prüfung noch Verwendung findet.

Unter anderem haben Angaben über imposant hocherscheinende Zugriffszahlen wenig Aussagen zur methodischen Qualität einer angebotenen medizinischen Laieninformation auf einer Internetseite. Um ungesicherte Qualitätsmerkmale handelt es sich auch, wenn auf der Webseite Angaben erwähnt werden, die sich auf die Häufigkeit der auf dieser Seite abgelegten Links beziehen. Kein Hinweis auf Qualitätsgesicherte Informationen ist eine Benotungen der Seite durch andere Nutzer oder erhaltene Web-Awards.

Der Nutzer zertifizierter Gesundheitsinformationen muss sich verdeutlichen, dass mit der Vergabe eines Siegels weitere Problematiken verknüpft sind. Zum einen stellt sich für alle Zertifikate die Frage nach der Zielgruppe. Experten erwarten evtl. differenziertere Inhalte als der medizinische Laie.

18 Peer Review: Begutachtung von Forschungsarbeiten und Leitlinien durch interne oder externe Fachgutachter. (vgl. Hans-Neuffer Stiftung 2000, S. 407)

Auf Grund der unterschiedlichen kulturellen Hintergründe ist es von Bedeutung, welche Kriterien international und welche regional für medizinische Inhalte angewendet werden. Der Nutzer muss sich zu dem verdeutlichen, dass ggf. eine medizinische Lehrmeinung durch die Vergabe eines Gütesiegels favorisiert wird, was wiederum ein Hinweis auf die Objektivität und mögliche Abhängigkeiten der Experten sein kann. An dieser Stelle stellt sich die Frage, wie die Experten ausgewählt werden und wie deren Bewertung überprüft wird. Der Nutzer muss sich im Klaren darüber sein, dass er die Informationen trotz eines Gütesiegels dennoch differenziert betrachten sollte und sie nicht als selbstverständlich hinnehmen. Des Weiteren können auf Grund der stetig wachsenden Zahl der im Internet veröffentlichten Gesundheitsinformationen die Zertifizierungssysteme nicht permanent auf einem aktuellen Stand sein (vgl. Danwitz 2001, S. 14). Aus diesen Fragen ergeben sich die Schwierigkeiten in Bezug auf eine Einigung auf ein allgemeingültiges Qualitätssiegel mit internationalem Anspruch.

8 Implementierung von Qualitätskriterien

Ausgehend von den bisher genannten Kriterien, ist nun zu fragen, ob und wie sich Qualitätssicherungsmaßnahmen in internetbasierte Krankenhaus-Suchmaschinen implementieren lassen. Die Anbieter von Krankenhaussuchmaschinen müssen sich, um ihrer gesellschaftliche Verantwortung gerecht zu werden, zur Einhaltung eines einheitlichen Verhaltenskodex verpflichten. In diesem Fall ist es ausreichend, wenn der Gesetzgeber einen Rahmen vorgibt, in dem sich die Anbieter bewegen dürfen. Infolgedessen ergänzen sich staatliche Regulierung und die Selbstregulation der Suchmaschinenbetreiber (vgl. Welp 2004, S. 491). Alternativ können bzw. sollten sich die Betreiber der Suchmaschinen für ein Qualitätssicherungssystem entscheiden. Somit erleichtern sie dem Nutzer u. a. die Vergleichsmöglichkeit zwischen den unterschiedlichen Krankenhaussuchmaschinen. Ein großer Vorteil dieser Selbstverpflichtung ist die Möglichkeit auf neue technische, gesetzliche oder medizinische Entwicklungen schnell reagieren zu können. Wo hingegen ein staatlich geregeltes Qualitätssicherungssystem erst den gesetzgeberischen Prozess durchlaufen muss.

Der Nutzer muss weiterhin über die Funktionsweise der Krankenhaussuchmaschine informiert sein. Insbesondere muss für den Nutzer transparent sein, wie es zum Suchergebnis kommt (vgl. Welp 2004, S. 493 f.). Der Informationssuchende muss sich sicher sein können, dass alle für ihn relevanten Krankenhäuser in der Ergebnisliste vorhanden sind. Das setzt voraus, dass mindestens alle verpflichtenden Qualitätsberichte erfasst wurden. Besonders dann, wenn es darum geht, Qualitätsdaten abzubilden.

Eine Verpflichtung der Suchmaschinenanbieter betreffend der Freiheit von wirtschaftlichem Interesse, ist ebenso zwingend notwendig, wie die Kennzeichnung etwaiger Werbeflächen innerhalb der Ergebnisliste (vgl. Welp 2004, S. 500 f.). Für den Verbraucher muss deutlich werden, wie sich die Suchmaschine finanziert. Dies ist von besonderem Interesse bei Anbietern, die einen kommerziellen Hintergrund haben und dessen Anbieterstatus unklar ist.

Ein weiterer wichtiger Aspekt für den Suchenden ist der Umgang mit persönlichen Daten. Bei der Auswahl unterschiedlicher Präferenzen (nähe zum Wohnort, PLZ, Diagnose, Alter usw.) muss deutlich werden, was mit den abgefragten Daten passiert und zu welchem Zweck Daten gespeichert werden (vgl. Welp 2004, S. 506).

9 Fazit

Das Internet hat ohne Zweifel Auswirkungen auf die Entwicklung im deutschen Gesundheitswesen. Dies liegt daran, dass ein Teil der Bevölkerung zur Recherche nach Gesundheitsinformationen immer häufiger das Internet nutzt. Zum anderen wird in der Politik und der Wissenschaft die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens häufig in einem Zug mit Telematik, E-Health und Internet genannt. Die gesetzliche Verpflichtung durch den §137 SGB V zur Veröffentlichung der Qualitätsberichte im Internet hat bereits Auswirkungen auf das Gesundheitswesen. Weitere Effekte sind nationale oder internationale Initiativen oder Empfehlungen zum Umgang mit dem Medium Internet. Viele Erwartungen, besonders für das deutsche Gesundheitssystem, sind mit dem Internet verbunden. Rationalisierungs- und Kostensenkungen sollen nur einige Resultate sein. Die Entstehung eines neuen Dienstleistungssektors wird erwartet. Nicht zuletzt kann gesagt werden, dass dieses Medium zur Zeit hauptsächlich zur Verbreitung von Gesundheitsinformationen genutzt wird.

Diese Entwicklung hat zur Folge, dass das Internet eine Fülle an Gesundheitsinformationen zu Verfügung stellt. Um subjektiv relevante Informationen zu finden, bleibt dem Nutzer nur die Möglichkeit eine Suchmaschine zu verwenden. Diese Suchmaschinen, wie bspw. google.de, yahoo.de oder lycos.de spielen bei dem Auffinden von Gesundheitsinformationen eine bedeutende Rolle. Auf Grund der Informationsfülle ist die Beschaffung der richtigen Information und die Genese von Wissen trotz Suchmaschinen kaum lösbar. Das liegt zum Teil daran, dass die Qualität der veröffentlichten Gesundheitsinformationen erheblich variiert. Aus diesem Grund müssen Gesundheitsinformationen gewissen Kriterien unterliegen, um dem Patienten mehr Souveränität im Kontext seiner Behandlung zu vermitteln. Eine Voraussetzung ist u. a. eine qualitätsgesicherte Information, die gleichzeitig mit einer Aufklärung und einer kompetenten Beratung einhergeht. Das bedeutet, dass vorhandene Ansätze zur zielgruppenorientierten Verbreitung von Gesundheitsinformationen unter Anwendung aller Möglichkeiten der modernen Kommunikation weiter auszubauen und zu optimieren sind.

An dieser Stelle setzen die unterschiedlichen Qualitätssicherungssysteme an, deren Leitlinien auszugswise auch für Krankenhaussuchmaschinen angewandt werden können. Um Krankenhaussuchmaschinen zu etablieren, müssen sie von Abhängigkeiten frei sein. Nur so kann glaubhaft vermittelt werden, dass hinter der Platzierung in der Ergebnisliste keine finanziellen Interessen gestanden haben. Ein weiterer Aspekt ist die Aktualität. Leider fordert der Gesetzgeber nur alle 2 Jahre einen Qualitätsbericht, zudem dauert es mehrere Monate bis alle Daten in die Suchmaschine eingepflegt wurden. In der Zwischenzeit können sich bereits Daten verändert haben, die dann erst in zwei Jahren wieder erfasst werden.

Des Weiteren sind vergleichende Informationen über die Qualität von Krankenhäusern in den momentan zu Verfügung stehenden Krankenhaussuchmaschinen relativ selten zu finden. Zudem sind sie für Laien unverständlich aufbereitet. Somit bleiben viele Fragen offen, die das Auffinden des subjektiv geeigneten Krankenhauses erleichtern sollen.

Die Maßnahmen, die zur Qualitätssicherung und Qualitätssteigerung beitragen sollen und der Einsatz neuer Medien tragen nicht zur Transparenz in der Öffentlichkeit bei. Bisher verwenden nur ein Drittel der Internetnutzer eine internetbasierte Krankenhaussuchmaschine zur Wahl eines Krankenhauses. Es bleibt abzuwarten, wie sich der Markt der Krankenhaussuchmaschinen entwickelt. Weiterhin ist von Bedeutung welche Maßnahmen eingeleitet werden, damit der Endverbraucher eine Krankenhaussuchmaschine akzeptiert, sie verwendet und das für ihn geeignete Krankenhaus aufsucht.

10 Literaturverzeichnis

- Adelhard, Klaus (2000): Qualitätssicherung medizinischer Informationsangebote im Internet. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 97, Heft 43, S. A 2863-A 2866.
- afgis, Aktionsforum Gesundheitsinformationssysteme (2003): Qualitätskriterien (Transparenz). Online verfügbar unter: http://www.afgis.de/qualitaetslogoverfahren/quali_transparenz_html/?searchterm=Transparenz (08.09.2007).
- BCG, Boston Consulting Group (2002): European Physicians and the Internet. Online verfügbar unter: http://www.bcg.com/publications/files/European_Physicians_and_Internet_Mar2003.pdf (10.11.2007).
- Beier, Jürgen (2004): Informationsmanagement und –Recherche. In: Jähn, Karl; Nagel, Eckhard (2004): e-Health. Berlin; Heidelberg; New York; Hong Kong; Mailand; Paris; Tokyo: Springer, S. 78-84.
- Boyer, Celia (2003): Die Qualität medizinischer Informationen auf Internet. In: Cotti Brisebois, Linda (2003): e-Health oder e-Healths?. Bundesamt für Kommunikation für die Koordinierungsstelle Informationsgesellschaft. Bienne; Schweiz Newsletter August 2003, Nr. 33, S. 4-6, Online verfügbar unter: http://www.retesan.ch/fileUpload/media_releases/54/Agosto2003%20Infosociety.ch.pdf (01.05.2007).
- BMBF, Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2003): Informationsgesellschaft Deutschland 2006. Online verfügbar unter: http://www.bmbf.de/pub/aktionsprogramm_informationsgesellschaft_2006.pdf (18.10.2007).
- BMGS, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1998): Telematikanwendungen im Gesundheitswesen : Nutzungsfelder, Verbesserungspotenziale und Handlungsempfehlungen. Schlussbericht der Arbeitsgruppe 7. Nomos-Verlag.
- BMWA, Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (Hrsg.) (2003): Informationsgesellschaft Deutschland 2006. Online verfügbar unter: http://www.bmbf.de/pub/aktionsprogramm_informationsgesellschaft_2006.pdf (18.10.2007).
- Carlin, Michael (2006): Dann sucht mal schön. In: Financial Times Deutschland. Online verfügbar unter: <http://www.ftd.de/unternehmen/gesundheitswirtschaft/114116.html> (18.12.2006).
- Charnock, Deborah (2000): Qualitätskriterien für Patienteninformationen über Behandlungsalternativen : Nutzerleitfaden und Schulungsmittel. Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin: München; Bern; Wien; New York: Zuchschwerdt.
- Cotti Brisebois, Linda (2003): e-Health oder e-Healths?. Bundesamt für Kommunikation für die Koordinierungsstelle Informationsgesellschaft, Bienne, Schweiz, Newsletter August 2003, Nr. 33: Online verfügbar unter: <http://www.educa.ch/tools/12245/files/bertschi0803.pdf> (01.05.2007)
- Danwitz, Frank von; Baehring, Thomas; Scherbaum, Werner A. (2001): Medizinische Informationen im Internet : Initiativen zur Qualitätssicherung. In Deutsches Ärzteblatt, Praxis Computer: Jg. 98, Ausgabe 41, S. 13-16.
- Destatis, Statistische Bundesamt (Hrsg.) (2003): Informationstechnologie in Haushalten : Ergebnisse einer Pilotstudie für das Jahr 2002.
- Destatis, Statistische Bundesamt (Hrsg.) (2007): Statistisches Jahrbuch 2007 : Für die Bundesrepublik Deutschland.
- Dierks, Marie-Luise; Schwartz, Friedrich-Wilhelm, Walter, Ulla (2000): Patienten als Kunden : Informationsbedarf und Qualität von Patienteninformationen aus Sicht der Public Health-Forschung. In: Jazbinsek, Dietmar (Hrsg.) (2000). Gesundheitskommunikation. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 150-163.
- Dierks, Marie-Luise; Bitzer, Eva-Maria; Lerch, Magnus; Martin, Sabine; Röseler, Sabine; Schienkiewitz, Anja; Siebeneick, Stefanie; Schwartz, Friedrich-Wilhelm (2001): Patientensouveränität : Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr. 195 / August 2001. Online verfügbar unter: <http://elib.uni-stuttgart.de/opus/volltexte/2004/1882/pdf/AB195.pdf> (04.06.2007).
- Dierks, Marie-Luise; Lerch, Magnus; Mieth, Ingeborg; Schwarz, Gabriele; Schwartz, Friedrich-Wilhelm (2002): Wie können Patienten gute von schlechten Informationen unterscheiden?. In: Der Urologe B, Nr. 1, S. 30-34.
- Dierks, Marie-Luise; Schwartz, Friedrich Wilhelm (2003): Patienten, Versicherte, Bürger : die Nutzer des Gesundheitswesens. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hrsg.); Badura, Bernhard; Busse, Reinhard; Leidl, Reiner; Raspe, Heiner; Siegrist, Johannes (2003): Das Public Health Buch : Gesundheit und Gesundheitswesen. 2., völlig neu bearb. u. erw. Aufl., München; Jena: Urban, S. 314-321.

Dietzel, Gottfried T. W. (2001): E-Health und Gesundheitstelematik : Herausforderung und Chancen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 98, Heft 4, S. A 158-A 161

Dietzel, Gottfried T. W. (2004): Auf dem Weg zur europäischen Gesundheitskarte und zum e-Rezept. In: Jähn, Karl; Nagel, Eckhard (2004): e-Health. Berlin; Heidelberg; New York; Hong Kong; London; Mailand; Paris; Tokyo: Springer, S. 2-6.

DISCERN: Instrument zur Qualitätsbeurteilung von Patienteninformationen, eine Zusammenarbeit der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ), Online verfügbar unter: <http://www.discern.de> (25.04.2007).

Eimeren, Brigitte van; Frees, Beate (2006): ARD/ZDF-Online-Studie 2006 : Schnelle Zugänge, neue Anwendungen, neue Nutzer?. Media Perspektiven 8/2006, S. 402-415.

Eysenbach, Gunther (2001): What is e-health?. In: Journal of Medical Internet Research Online verfügbar unter: <http://www.jmir.org/2001/2/e20/HTML> (15.08.2007).

Friede-Mohr, Christina (1998): Leitlinien für Informationssysteme für Bürger und Patienten. In: Forum Info 2000, Bundesminister für Gesundheit (Hrsg.) (1998): Telematikanwendungen im Gesundheitswesen : Nutzungsfelder, Verbesserungspotenziale und Handlungsempfehlungen. Schlussbericht der Arbeitsgruppe 7. Nomos-Verlag, S. 51-54.

Grether, Thomas (2007): Streit um Klinikführer : Kommerz oder Qualität durch Transparenz?. In: führen & wirtschaften, Jg. 24, Heft 4, S. 384-385.

Hartmann, Werner; Näf, Michael, Schäuble, Peter (2000): Informationsbeschaffung im Internet : Grundlegende Konzepte verstehen und umsetzen. Zürich: Orell, Füssli.

Hebenstreit, Stefan; Prümel-Philippsen Uwe (2004): Qualitätssicherung im WWW. In: In: Jähn, Karl; Nagel, Eckehard (2004): e-Health. Berlin; Heidelberg, New York; Hongkong; London; Mailand; Paris; Tokio: Springer, S. 91-98.

HON, Health on the Net Foundation (1997): Schweizerische Initiative für den HON Code of Conduct (HONcode) für medizinische Websites, inkl. medizinischer Suchmaschinen, Online-Erhebung u.a., Übersetzung von G. Eysenbach, Online verfügbar unter: <http://www.hon.ch> (25.04.2007).

Jäckel, Achim (2002): Qualität medizinischer und gesundheitsbezogener Informationen im Internet. In: Jäckel, Achim (Hrsg.) (2002): Telemedizinführer Deutschland. Ober-Mörlen: Medizin Forum AG, S. 20-25.

Jähn, Karl; Nagel, Eckhard (2004): e-Health. Berlin; Heidelberg; New York; Hongkong; London; Mailand; Paris; Tokyo: Springer.

Jähn, Karl; Strehlow, Inga (2004): Internet und Medizininformation. In: Jähn, Karl; Nagel, Eckehard: e-Health. Berlin; Heidelberg, New York; Hongkong; London; Mailand; Paris; Tokyo: Springer, S. 85-90.

Jakubowski, Elke (2003): Public Health in Europa. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hrsg.); Badura, Bernhard; Busse, Reinhard; Leidl, Reiner; Raspe, Heiner; Siegrist, Johannes (2003): Das Public Health Buch : Gesundheit und Gesundheitswesen. 2., völlig neu bearb. u. erw. Aufl., München; Jena: Urban, S. 11-15.

Kommission der Europäischen Gemeinschaft (2002a): eEurope 2005 : Eine Informationsgesellschaft für alle. Online verfügbar unter: http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/2002/news_library/documents/eeurope2005/eeurope2005_de.pdf (01.03.2007).

Kommission der Europäischen Gemeinschaft (2002b): eEurope 2002 : Qualitätskriterien für Websites zum Gesundheitswesen. Online verfügbar unter: http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/ehealth/doc/communication_acte_de_fin.pdf (01.03.2007).

Kranich, Christoph; Vitt, Karl D.; Berger, Bettina; Pritzkeleit, Ron (2002): Verbraucherinformation über Leistungen und Qualität der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in Europa. Band 1: Der Bericht. Online verfügbar unter: <http://www.patientennavigation.com/Endbericht1D.pdf> (26.03.2007).

Kranich, Christoph (2006): Das Internet: ein Medium für Patientinnen und Patienten?. In: Landesvereinigung für Gesundheit e.V.: impulse : Gesundheit(spolitik) im Zeitalter der Globalisierung. 3. Quartal 2006, S. 10-11.

Kranich, Christoph; Linnebur, Monika (2006): Wie finde ich das richtige Krankenhaus? Oder: Krankenhaus-Suchmaschinen und -Navigationssysteme im Test. Verbraucherzentrale Hamburg.

Kriwy, Peter; Aumüller, Helmut (2007): Präferenzen von Patienten bei der Hausarzt- oder Krankenhaussuche. In: Das Gesundheitswesen, Jg. 2007, Heft 69, S. 464-469.

Krüger-Brand, Heike (2000): Gemischte Gefühle : Ärzteumfrage zu neuen Medien. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 97, Heft 6, S. A299.

Krüger-Brand, Heike (2003): Studie: „European Physicans and the Internet“ : Der Einfluss des Internets wächst. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 100, Heft 20, S. A1326-A1328.

Landesmedienanstalt für Medien Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2005): 12 goldene Suchmaschinen-Regeln : Ein Ratgeber für Verbraucherinnen und Verbraucher, die sich besser und sicherer im Internet zurechtfinden wollen. Kleve: Druck und Medien GmbH.

Lerch, Magnus; Dierks, Marie-Luise (2001): Gesundheitsinformation und –kommunikation als Basis für Patientensouveränität. In: Dierks, Marie-Luise; Bitzer, Eva-Maria; Lerch, Magnus; Martin, Sabine; Röseler, Sabine; Schienkiewitz, Anja; Siebeneick, Stefanie; Schwartz, Friedrich-Wilhelm (2001): Patientensouveränität : Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr. 195 / August 2001. Online verfügbar unter: <http://elib.uni-stuttgart.de/opus/volltexte/2004/1882/pdf/AB195.pdf> (04.06.2007).

Machill, Marcel; Welp, Carsten (Hrsg.) (2003): Wegweiser im Netz : Qualität und Nutzung von Suchmaschinen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Machill, Marcel (2005): 12 goldene Suchmaschinen-Regeln. Kleve: Druck und Medien GmbH.

Noack, Wilhelm; Schomburg, Mario (1998): Suchen & Finden im Internet : oder "Die Nadel im Heuhaufen". 3. Aufl., Hannover: Regionales Rechenzentrum für Niedersachsen.

Rienhoff, Otto (1998): Aufbruch ins kommende Jahrzehnt: Auswirkungen der Informationstechnologie auf die Gesundheitsberufe. In: Forum Info 2000, Bundesminister für Gesundheit (Hrsg.) (1998): Telematikanwendungen im Gesundheitswesen : Nutzungsfelder, Verbesserungspotenziale und Handlungsempfehlungen. Schlussbericht der Arbeitsgruppe 7. Nomos-Verlag, S. 12-18.

Schaeffer, Doris (2006): Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus : Eine Literaturanalyse. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), Gütersloh. Online verfügbar unter: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/patienteninformationen.pdf> (05.06.2007).

Schröder, Gerhard (2003): Regierungserklärung von Bundeskanzler Gerhard Schröder am 14. März 2003 vor dem Deutsch Bundestag. Online verfügbar unter: http://archiv.spd.de/servlet/PB/show/1025523/Regierungserklaerung_Gerhard_Schroeder_2003_03_14.pdf (15.11.2007).

Streif, R.; Maciejek, S.; Kleinfeld, A.; Blumenstock, G.; Reiland, M.; Selbmann, H. K. (2007): Informationsbedarf und Informationsquellen bei der Wahl eines Krankenhauses. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, Stuttgart: Thieme, Heft 12, S. 113-120.

SVRKaiG, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Baden-Baden.

Tautz, Frederik (2002): E-Health und die Folgen : Wie das Internet die Arzt-Patient-Beziehung und das Gesundheitssystem verändert. Frankfurt; New York: Campus.

test (2001) o. V.: Doktor www. In: Stiftung Warentest 2001, Heft 6, S. 86-90.

Viell, Burkhard (2002): Gesundheitsinformationen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2002, Nr. 45, S. 595-604.

Warda, Frank; Noelle, Guido (2002): Telemedizin und eHealth in Deutschland : Materialien und Empfehlungen für eine nationale Telematikplattform. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.).

Welp, Carsten (2004): Ein Code of Conduct für Suchmaschinen. In: Machill, Marcel; Welp, Carsten (Hrsg.) (2003): Wegweiser im Netz : Qualität und Nutzung von Suchmaschinen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, S. 491-508.

Wolling, Jens (2005): Suchmaschinen? – Selektiermaschinen!. In: Krömker, Heidi; Klimsa, Paul (Hrsg.): Handbuch Medienproduktion. Produktion von Film, Fernsehen, Hörfunk, Print, Internet, Mobilfunk und Musik. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 529-537.

Krankenhaussuchmaschinen geordnet nach Anbieterstatus

Spezielle Initiativen

<http://www.klinikfuehrer-rhein-ruhr.de>
<http://www.hamburger-krankenhausspiegel.de>
<http://www.krankenhausspiegel-hannover.de>
<http://www.arztauskunft.de>
<http://www.weisse-liste.de>

Krankenhaus-Suchmaschinen der GKV

<http://www.aok-klinik-konsil.de>
<http://www.klinik-lotse.de>
<http://www.aok.de/bundesweit/krankenhaus-navigator.php>
<http://www.tk-online.de/tk/klinikfuehrer>
<http://www.bkk-klinikfinder.de/>
<http://www.ikk.de/ikk/generator/ikk/service-und-beratung/kliniksuche>

Krankenhaus-Suchmaschine der PKV

<http://www.derprivatpatient.de>

Suchmaschinen von Verbänden der Leistungserbringer

<http://www.dktig.de>

Kommerzielle Anbieter

Leistungserbringer

<http://www.helios-klinikfuehrer.de>

Suchmaschinen als Werbeplattformen für externe Werbekunden

<http://www.der-klinikfuehrer.de>
<http://www.kliniken.de>
<http://www.kliniken-im-netz.de>
<http://www.klinikinfo.de>
(<http://kliniksuche.gesundheitspilot.de>) nicht mehr verfügbar
<http://www.medfuehrer.de/cms>
<http://www.medinfo.de>
<http://www.medmonitor.de/suche>

Suchmaschinen als eigene Werbeplattform für Unternehmensberatungen

<http://www.sanopilot.de>
<http://www.qualitaetsbericht.de>

Unklarer Anbieterstatus

<http://www.hospital-abc.de>
<http://www.klinikbewertungen.de>
<http://www.the-leading-hospitals.de>

Internetadressen der Krankenhaussuchmaschinen

Abbildung 6: Arztauskunft.de	http://www.arztauskunft.de/
Abbildung 7: Der Privatpatient	http://www.derprivatpatient.de/
Abbildung 8: Deutsches Krankenhausverzeichnis	http://www.dktig.de/dkv/search/themes/dkv/regional suche.jsp;jsessionid=b23046787d62\$2D\$10\$0
Abbildung 9: Hospital ABC	http://www.hospital-abc.de/
Abbildung 10: Der Klinikführer	http://www.der-klinikfuehrer.de/
Abbildung 11: Kliniken.de	http://www.kliniken.de/
Abbildung 12: Kliniken im Netz	http://www.kliniken-im-netz.de/
Abbildung 13: Klinikinfo.de	http://www.klinikinfo.de/
Abbildung 14: Klinik-Konsil.de	http://www.aok-klinik-konsil.de/
Abbildung 15: Klinik-Lotse.de	http://www.klinik-lotse.de/khsWeb2/Home.do
Abbildung 16: Klinikbewertungen.de	http://www.klinikbewertungen.de/ Nicht mehr verfügbar
Abbildung 17: Klinik-Führer Rhein-Ruhr	http://www.kliniken-rhein-ruhr.de/
Abbildung 18: Krankenhaus-Navigator.de	http://www.aok.de/bundesweit/krankenhaus-navigator.php
Abbildung 19: medführer.de	http://www.medfuehrer.de/cms/
Abbildung 20: Medinfo.de	http://www.medinfo.de/
Abbildung 21: Qualitätsberichte.de	http://www.qualitaetsbericht.de/
Abbildung 22: Sanopilot.de	http://www.sanopilot.de/
Abbildung 23: The Leading Hospitals of Germany	http://www.the-leading-hospitals.de
Abbildung 24: Hamburger Krankenhausspiegel	http://www.hamburger-krankenhausspiegel.de
Abbildung 25: Krankenhausspiegel Hannover	http://www.krankenhausspiegel-hannover.de
Abbildung 26: medmonitor	http://www.medmonitor.de/suche
Abbildung 27: Helios Klinikführer	http://www.helios-klinikfuehrer.de/
Abbildung 28: TK Klinikführer	http://www.tk-online.de/tk/klinikfuehrer/114928
Abbildung 29: BKK Klinik-Finder	http://www.bkk-klinikfinder.de/
Abbildung 30: IKK Klinik-ProFi	http://www.ikk-gesundplus.de/unser-service/weitere-serviceleistungen/kliniksuche/klinik-profi/
Abbildung 31 : Weisse Liste	http://www.weisse-liste.de

Tabelle 3: URL's der Krankenhaussuchmaschinen

Kommentierte Startseiten der Krankenhaussuchmaschinen

Abbildung 6: Arztauskunft.de

ARZT-AUSKUNFT
DER STIFTUNG GESUNDHEIT

SCHNELLSUCHE **STRUKTURIERTE SUCHE**

Diagnose / Therapie / Plz / Ort / Name

Suchen

ARZT-SERVICE **PATIENTEN-SERVICE** **UNSERE PARTNER** **ÜBER UNS**

- › Zugang für Teilnehmer der Arzt-Auskunft
- › Informationen für Ärzte und Zahnärzte
- › Informationen für Kliniken
- › Qualitätsmanagement in der Praxis
- › Arztprofil
- › Patientenzufriedenheit: Fragebogen
- › Studien
- › ArztMail
- › Stiftungsbrief-News
- › Textsuche in dieser Website: **GO**

Barrierefreier Bereich | Impressum | Nutzungsbedingungen | Datenschutz | Sitemap

© 1997 – 2009 Stiftung Gesundheit Letzte Aktualisierung am: 14.08.2009

HON @ CODE This site complies with the HONcode standard for trustworthy health information: verify here.

Stiftung Gesundheit – Träger der Arzt-Auskunft
Medizinrechts-Beratungsnetz – initiiert von der Stiftung Gesundheit
Suchmaschinenoptimierung durch Medizin-Seo
Blog der Stiftung Gesundheit

Recherchedatum: 16.08.2009

Suchmaschine der Stiftung Gesundheit mit ca. 390.000 Einträgen niedergelassener Ärzte, Klinik-ärzte, Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen. Über den Reiter „Strukturierte Suche“ gelangt man zu einer Liste verschiedener Schwerpunkte. Die umfasst Themen wie Abnehmen, Reisemedizin bis hin zur Zuckerkrankheit. Nach der Suche gelangt man über Details zum Eintrag auf eine Seite, die weitere Kontaktdaten enthält.

Abbildung 7: Der Privatpatient



Recherchedatum: 16.08.2009

Das Portal wird vom Verband der privaten Krankenversicherungen e. V. gepflegt. Neben der Krankenhaussuche kann auch nach Ärzten, Zahnärzten und anderen Akteuren des Gesundheitswesens recherchiert werden. In der Krankenhaussuchmaschine kann neben der Fachabteilung auch mit Hilfe der ICD's oder OPS gesucht werden. Gut gelöst ist die Funktion, dass in den Feldern für ICD und OPS Stichworte erfasst werden können und anschließend eine Auswahl der in Betracht kommenden Erkrankungen oder Untersuchungen erscheint. Ebenso kann bei beiden ein Assistent aufgerufen werden.

Abbildung 8: Deutsches Krankenhausverzeichnis



Recherchedatum: 16.08.2009

Eine Krankenhaussuchmaschine der Deutsche Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH (DKTIG). Im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der 16 Landeskrankenhausgesellschaften ist am 1.12.2008 die überarbeitete Version online gegangen. Nach eigenen Aussagen erhebt dieses Portal den Anspruch, als einziges Krankenhausverzeichnis umfassende und aktuelle Daten von den Krankenhäusern selbst zu bieten. Datenbasis sind die Qualitätsberichte, die Krankenhäuser können Ihre Daten aber jederzeit aktualisieren und nicht erst im 2-Jahresabstand. Der übersichtliche Aufbau ermöglicht den Zugang über verschiedene (intuitive) umfangreiche Suchstrategien. Insgesamt finden sich 4 Suchbereiche, die sich bei Auswahl weiter untergliedern und den Nutzer führen. Unterstützt wird die Suche durch einen Bodykey oder eine Landkarte. Die Suchergebnisse können einzeln/vergleichend dargestellt oder ausgedruckt werden.

Abbildung 9: Hospital ABC

Hospital-ABC Die Suchmaschine für Krankenhäuser

Seminare Home Login

Letzte Updates

[Helios Klinikum Schwelm...](#)
11.08.2009 17:10:12

[Kliniken des Landkreises Freyung-Grafenau - Krankenhaus Grafenau...](#)
11.08.2009 16:13:02

[Heidekreis-Klinikum - Krankenhaus Walsrode...](#)
11.08.2009 16:13:02

[Updateliste](#)

Seminarlinks

Hier erfahren Sie mehr über unser aktuellen Seminare:
[Die Praxis der Veranstaltungsorganisation](#)
[Patienten gewinnen Zuweiser überzeugen](#)

EXCEL LISTEN
Die leitenden Klinik-Mitarbeiter Ihrer Zielgruppe

OUTLOOK KONTAKTE
Chefarztdaten zur Übertragung in Ihr Outlooksystem

ACCESS DATENBANK
Alle Kontaktdaten als Access-Datenbank

UNSER GESAMTPAKET
Kontaktdaten im gewünschten Dateiformat und Online Zugriff

DAS ABONNEMENT
Online-Zugang auf komplette Datenbank von Hospital-ABC

Heute ist der 16.08.2009
Es ist 13:03:15 Uhr

Herzlich Willkommen bei Hospital-ABC

Hier finden Sie die Anschriften aller Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken aus Deutschland und Österreich (bald auch der Schweiz) mit den Namen der Chefarzte und Chefarztinnen sowie Geschäftsführungen. Treffen Sie Ihre Auswahl nach über 150 medizinischen Kriterien und/oder räumlicher Spezifikation).

Firmen und Institutionen können die laufend aktualisierten Daten in verschiedenen Formaten beziehen. [Fragen Sie uns, wir machen Ihnen gern ein Angebot.](#)

Suche

Fachgebiet:

Krankenhaustyp:
alle

Klinikname:

Bundesland:
alle

PLZ: _____ Ort: _____

FINDEN

Veranstaltungen

Patienten gewinnen - Zuweiser überzeugen

2 Tage Seminar inkl.:
 - Seminarteilnahme in einem 4-Sterne-Hotel
 - ausführliche schriftliche Unterlagen
 - Pausengetränke, Mittagessen
 bundesweite Veranstaltungsstätten im Zeitraum Juni bis November 2009

[Termine und Seminarprogramm](#)

Die Praxis der Veranstaltungsorganisation

1 Tag Seminar inkl. Planungsunterlagen und Checklisten
 bundesweite Veranstaltungsstätten im Zeitraum Juni bis November 2009

[Termine und Seminarprogramm](#)

Impressum Disclaimer Kontakt Home Register News

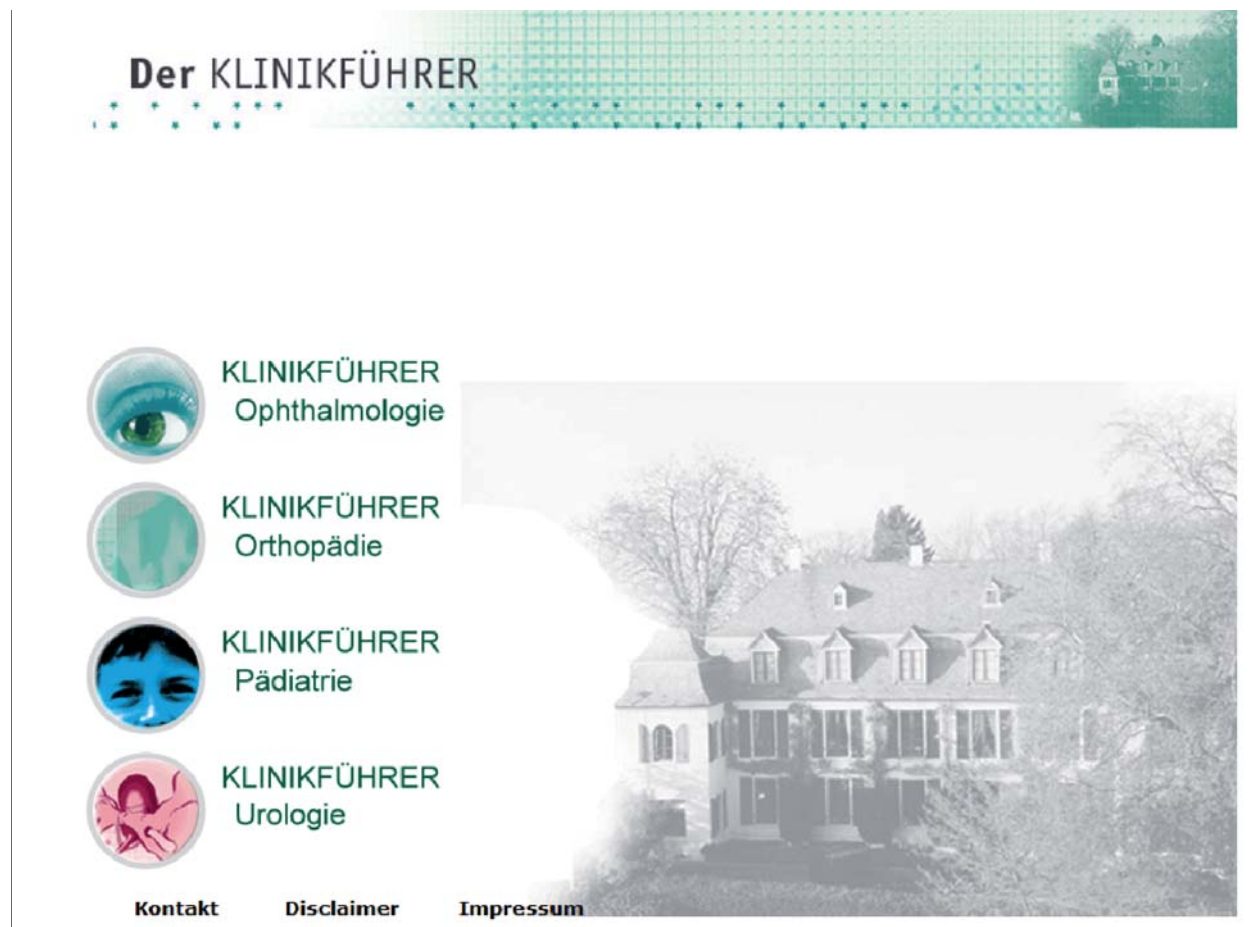
Layout based on YANL

Social Bookmarking

Recherchedatum: 16.08.2009

Der Anbieterstatus der Suchmaschine lässt sich nicht eindeutig identifizieren. Neben Krankenhäuser aus Deutschland und Österreich, kann auch nach Rehakliniken und Universitätskliniken suchen. Als Suchergebnis wird eine übersichtliche Adressenliste ausgeworfen. Eine Aufstellung des Datenbestandes kann erworben werden.

Abbildung 10: Der Klinikführer



Recherchedatum: 16.08.2009

Anbieter ist die Biermann Verlag GmbH & MedCon Health Contents AG. Eine Suchanfrage muss vorher in eine der vier Angebotenen Klinikführer eingegrenzt werden. Neben der Auswahl über eine animierte Deutschlandkarte, die in PLZ-Bereiche eingeteilt ist, kann noch eine Schwerpunkt-wahl getroffen werden. Ergebnis der Suchanfrage ist eine detaillierte Liste der in Frage kommenden Krankenhäuser.

Abbildung 11: Kliniken.de

The screenshot shows the homepage of **www.kliniken.de**. The header includes the website name and a navigation bar with links: **Kliniken**, **Pflegeheime**, **Lieferanten**, **Jobbörse**, **Kontakt**, **Links**, and **Lexikon**. A top banner for **esis** (Personalberatung im Gesundheitswesen) is visible.

Suche nach Jobs: A search bar with a dropdown menu for "Arzt/Art" and an "abschicken" button.

Suche nach: Radio buttons for "Kliniken", "Diagnose/Krankheiten", "Fachabteilungen", and "Pflegeheim-Namen", followed by an "abschicken" button.

Suche im A-Z Index: A section for searching by A-Z index, with links for "Kliniken und Lieferanten alphabetisch nach Ort oder nach PLZ sortiert", "Kliniken A-Z", "Lieferanten A-Z", and "Medizinprodukte DB".

Hilfspflicht I. Mediziner: A section asking if a doctor needs help with insurance and pension, with radio buttons for "Ja", "Nein", and "Egal", and an "abschicken" button.

Die aktuelle Umfrage: A section asking if a clinic is successful in recruiting doctors, with radio buttons for "Ja", "Nein", and "Egal", and an "abschicken" button.

Bisherige Umfragen: A section asking if a clinic is successful in recruiting doctors, with radio buttons for "Ja", "Nein", and "Egal", and an "abschicken" button.

AKTUELL: A section with news items, including "Top-Job: Assistenzärztin/Assistenzarzt für die Klinik für Innere Medizin" and "Neue Website: www.hospitalcout.com".

Daten & Fakten: A section with statistics, including "Kliniken.de hat erstmals über 1 Million Besucher pro Monat" and "Über 9 Millionen Besucher und 47 Millionen Seitenabrufe konnten in den letzten 12 Monaten auf www.kliniken.de verzeichnet werden".

Jobbörse: A section with a "Jobs per Mail" link and a "Jobs per Google Earth" link.

Follow me: Jobanzeiger: A section with a "Jobs per Mail" link and a "Jobs per Google Earth" link.

Tipps & Hilfen: A section with a "Dauerbrenner: A-Z-Index" link and a "Online-Bewerbung aber richtig" link.

Tipps für Ihre Online-Bewerbung von den Profis mit der hohen Reichweite: A section with a "Bewerber erfahren hier in einem kompakten PDF-Dokument, wie sie ihre Online-Bewerbung erfolgreich gestalten" link.

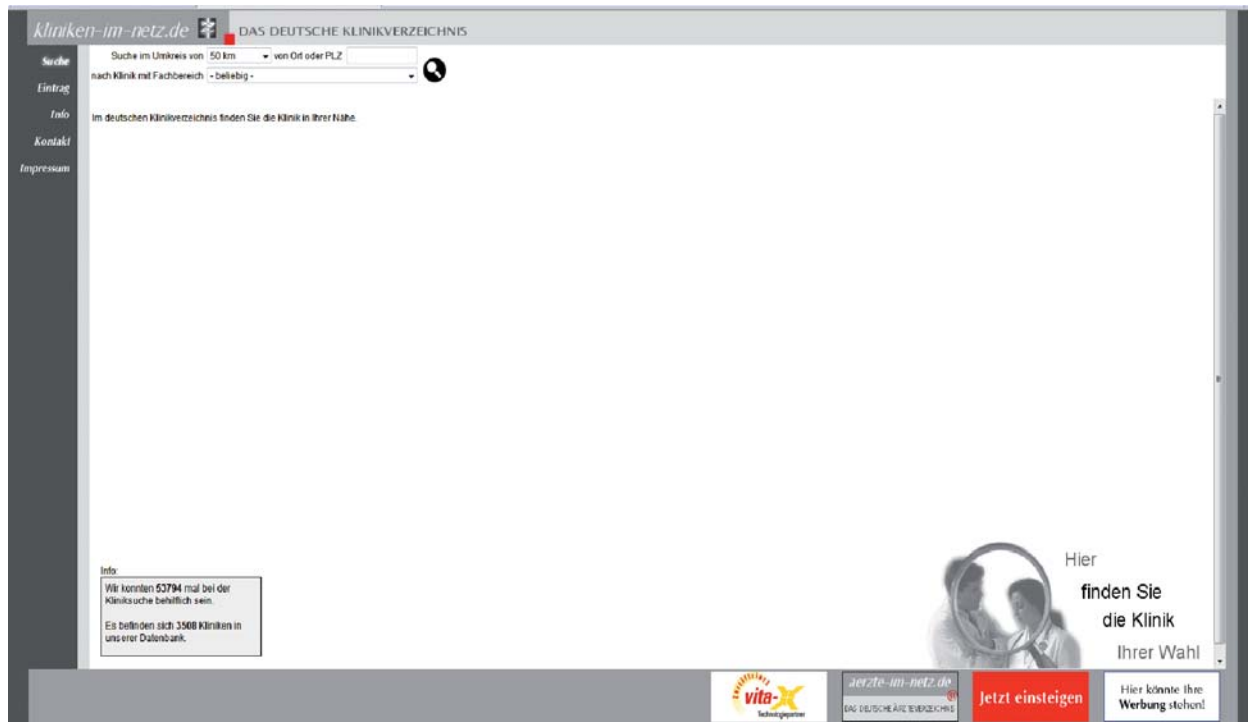
Advertisements: Several medical advertisements are displayed on the right side, including **STEGMED**, **Universitätsklinikum Carl Gustav Carus**, **MEDICLIN**, **AMES**, **UMONS**, and **es/s**.

Footer: A footer with links for "Startseite", "Impressum", "AGB", "Info", "Presse", and "Medizin-Lexikon", and a copyright notice: "www.kliniken.de © 1997-2009, VIVAI Software AG, Dortmund".

Recherchedatum: 17.08.2009

Anbieter ist die VIVAI Software AG. Es wird eine umfangreiche Suchmöglichkeit angeboten. Über die PLZ, Ort und Vorwahl kann hier nach Fachabteilung, Diagnosen und ICD gesucht werden. Teilweise sind XML Qualitätsberichte eingepflegt, wenn diese vom Krankenhaus geliefert wurden. Nach der Suchanfrage wird u. a. eine Übersicht der Kompetenzdiagnosen geliefert.

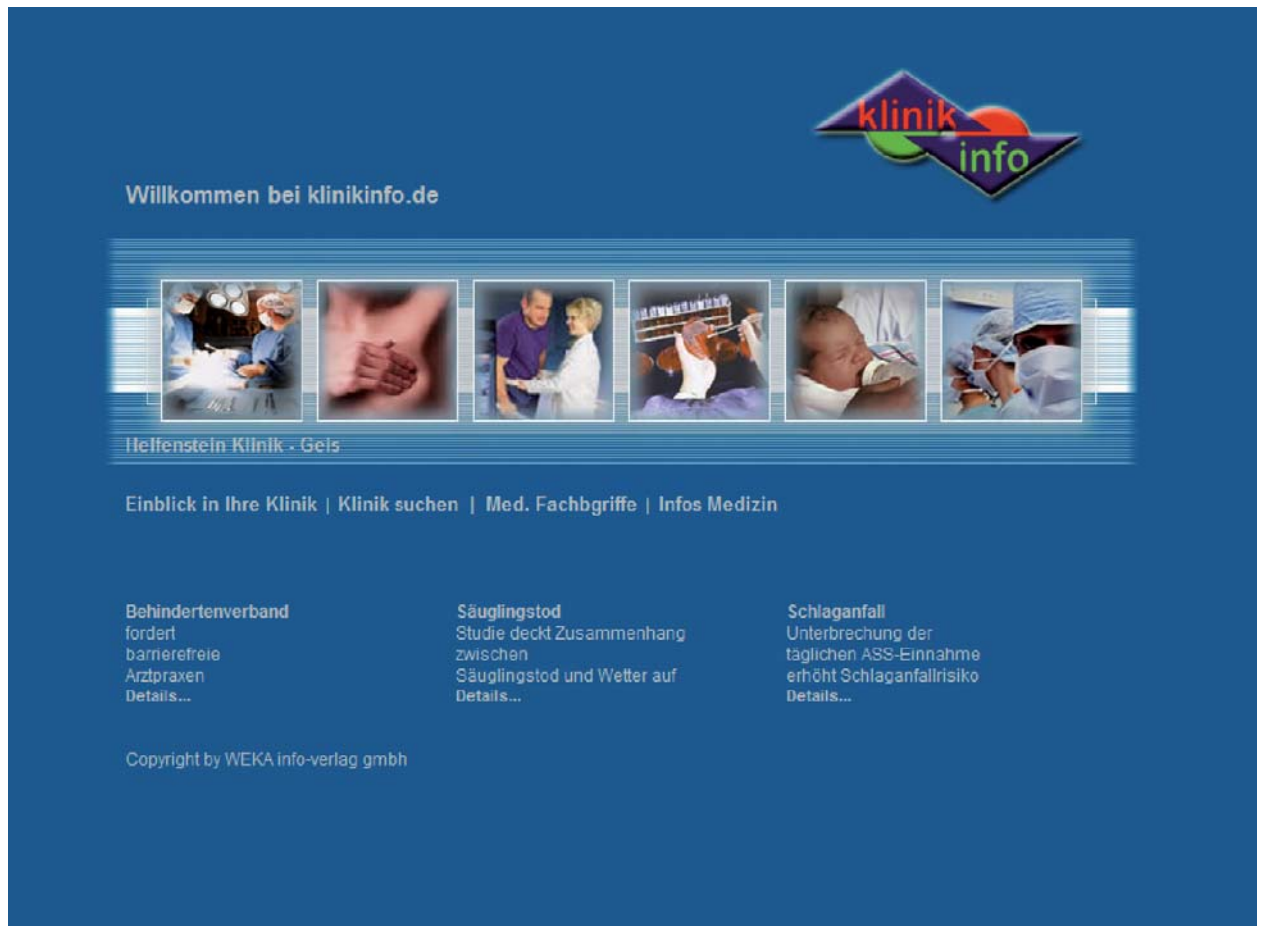
Abbildung 12: Kliniken im Netz



Recherchedatum: 17.08.2009

Anbieter ist die ISPro GmbH. Hier kann nach Ort, PLZ und nach Fachbereich gesucht werden. Optional kann eine Umkreissuche durchgeführt werden. Als Suchergebnis wird eine reine Adressenliste erstellt. Besonders hinzuweisen ist auf das PKW Symbol in der Liste. Dies führt direkt zum Onlineanbieter map24.com.

Abbildung 13: Klinikinfo.de



Recherchedatum: 17.08.2009

Das Portal wird von einem privaten Anbieter, der WEKA-Verlags GmbH betrieben. Laut Anbieter kann man in diesem deutschlandweiten Klinikverzeichnis Krankenhäuser und Reha-Kliniken nach PLZ, Ort und Fachrichtung suchen. Die Datenbasis ist allerdings unklar. Die Eingabe bzw. die Aktualisierung der Daten zu den Einrichtungen kann über ein Online-Formular vom Nutzer vorgenommen werden. In den Suchergebnissen finden sich die Kontaktdaten, manchmal eine Übersicht über die Fachabteilungen und/ oder ein Link zur Webseite des Krankenhauses.

Abbildung 14: Klinik-Konsil.de

The screenshot shows the homepage of the Klinik-Konsil website. The header features the AOK logo and navigation links. The sidebar on the left contains a menu with categories like 'Klinik-Konsil', 'Apotheke', 'Arzt und Praxis', and 'Zahnheilkunde'. The main content area has a 'Start' section with a headline about the updated Klinik-Konsil, a list of search options for hospitals, and a disclaimer about the data's origin and usage.

Klinik-Konsil
Die Gesundheitskasse.

Klinik-Konsil
Krankenhausinformationen der AOK für Ärzte

Home · Kontakt · Impressum · Datenschutz

Klinik-Konsil

- Diagnose (ICD)
- stat. Behandlung (OPS)
- amb. Operation (AOP)
- Versorgungsschwerpunkte
- Ergebnisqualität
- Qualitätsberichte (PDF)
- Methodik / Hilfe

Apotheke

Arzt und Praxis

Heilberufe

Hilfsmittelanbieter

Krankenhaus

Krankentransport

Pflege

Reha / Vorsorge

Zahnheilkunde

Service Versicherte

Service Firmenkunden

AOK-Bundesverband

WidO

Unsere Projekte zum Thema
DMP

Unsere Projekte zum Thema
Integrierte Versorgung

Start

**Das neue Klinik-Konsil:
Aktualisiert und mit erweiterten Funktionen!**

Krankenhausinformationen der AOK für Ärzte und das medizinische Fachpublikum

Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser für das Berichtsjahr 2006 liegen vor und sind ab sofort im **neuen** Klinik-Konsil recherchierbar. Infos zu den Erweiterungen des neuen Klinik-Konsils erhalten Sie [hier](#).

Suchen Sie Krankenhäuser ...

- ▶ [zu einer Diagnose \(ICD\)](#)
- ▶ [zu einer stationären Behandlung \(OPS\)](#)
- ▶ [zu einer ambulanten Operation \(AOP\)](#)
- ▶ [mit bestimmten Versorgungsschwerpunkten \(neu\)](#)
- ▶ [zur Ergebnisqualität \(neu\)](#)
- ▶ [mit Qualitätsberichten \(in PDF-Version\)](#)
- ▶ [Methodik / Hilfe](#)

Die Informationen des Klinik-Konsil beruhen auf den Qualitätsberichten der Krankenhäuser nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V für das Berichtsjahr 2006. Sie ersetzen nicht die individuelle Beratung durch die behandelnden Ärzte oder sonstige Dritte. Klicken Sie [hier](#) für weitere Erläuterungen.

Bis Ende des Jahres steht auch noch das alte Klinik-Konsil mit den verpflichtenden Qualitätsberichten zum Berichtsjahr 2004 und den freiwilligen Qualitätsberichten zum Berichtsjahr 2005 zur Verfügung. Klicken Sie [hier](#), um zum alten Klinik-Konsil zu gelangen.

Seite drucken

Top

Recherchedatum: 17.08.2009

Dieses Portal der AOK richtet sich speziell an Ärzte und medizinisches Fachpublikum. Als Datenbasis dienen die Qualitätsberichte aus dem Jahr 2006. Der Nutzer kann Krankenhäuser nach Diagnose (ICD), Behandlungsart (OPS), ambulanter Operation (AOP) oder im Qualitätsbericht in der PDF-Version suchen. Für die Eingabe der Suchoptionen, speziell ICD und OPS sind Fachkenntnisse erforderlich. Seit diesem Jahr kann außerdem speziell nach bestimmten Versorgungsschwerpunkten oder nach Informationen zur Ergebnisqualität (BQS-Ergebnisse im Qualitätsbericht) gesucht werden. Eine ausführliche Hilfe mit Hinweisen zur Suchstrategie erleichtert das Auffinden der gewünschten Informationen.

Abbildung 15: Klinik-Lotse.de

The screenshot shows the homepage of Klinik-Lotse.de. At the top, there is a banner with the 'KLINIK LOTSE' logo and a small image of people. Below the banner, the 'KLINIK LOTSE' logo is repeated. The left sidebar contains a navigation menu with links: 'Willkommen', 'Neue Suche', 'Suche ändern', 'Glossar', 'Hilfe / FAQ', 'Links', 'Impressum', 'Haftungsausschluss', 'Kontakt', 'Lesehilfe Qualitätsberichte', and 'Meine persönliche Auswahl'. The main content area has a heading 'Herzlich willkommen beim Klinik-Lotsen' and a paragraph explaining the service. It includes a search section titled 'Suche in den Berichten' with a dropdown menu showing '2006', 'Pflichtjahr', and '1983 Datensätze'. Below this, there is a paragraph about the search functionality and a link to 'Hilfe / FAQ'. The bottom of the page features a footer with a navigation bar containing links: 'Home', 'Neue Suche', 'Suche ändern', 'Glossar', 'Links', 'Impressum', 'Haftungsausschluss', and 'Kontakt'. On the right side, there are logos for 'FÜR'S LEBEN' and 'KTQ'.

Recherchedatum: 09.08.2009

Der Klinik-Lotse wird vom Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) und Arbeiter-Ersatzkassenverband (AEV) zur Verfügung gestellt. Datenbasis sind die Qualitätsberichte aus dem Jahr 2006. Auch ohne medizinische Vorkenntnisse kann sich der Nutzer dank eines umfangreichen Stichwortverzeichnis und vielen Hilfen orientieren. Ergänzend befindet sich bereits auf der Startseite ein Link zur Lesehilfe für die Qualitätsberichte.

Dieses Portal bietet umfangreiche Suchoptionen in Fach- oder Laiensprache. Zusätzlich zum Qualitätsbericht in der PDF-Version werden für jedes Krankenhaus Versorgungsschwerpunkte, medizinisch-pflegerische Leistungsangebote und nicht-medizinische Serviceangebote aufgeführt. Eine vergleichende Darstellung der Suchergebnisse ist bezogen auf die Fallzahlen ebenfalls möglich.

Abbildung 16: Klinikbewertungen.de

The screenshot shows the Klinikbewertungen.de website. At the top, there's a navigation bar with links like 'Alle Kliniken', 'Klinik nicht gefunden?', 'Worum es geht', 'Weiterempfehlen', 'Für Webmaster', 'Feedback', and 'Spenden'. Below this is a search bar with the text 'Kliniksuche' and a 'Kliniksuche' button. To the right of the search bar is a list of letters A-Z. Below the search bar, there are several sections: 'Erfahrungen teilen' (Share experiences), 'Machen Sie mit' (Join in), 'Fördern Sie Klinikbewertungen.de' (Support Klinikbewertungen.de), and 'Neue Erfahrungsberichte' (New experience reports). The 'Neue Erfahrungsberichte' section lists several hospitals with their ratings and patient reviews. The left sidebar contains navigation links and a 'Spenden' button.

Recherchedatum: 09.08.2009

Dieses Angebot wird von dem Gesundheitsportal MedizInfo® zur Verfügung gestellt. Dabei handelt es sich um keine Krankenhaussuchmaschine im eigentlichen Sinne, sondern vielmehr um eine Plattform auf der medizinische Informationen, Werbung, Stellenangebote, oder kostenlose Broschüren zu medizinischen Themen zu finden sind. Sie werden von Pharmaunternehmen gefördert sind nicht wissenschaftlich begründet, und machen damit Werbung in eigener Sache. Aber auch sonst handelt es sich hierbei um eine mit Werbung aller Art gespickte Plattform. Zielgruppe sind alle Verbraucher. Laut eigenen Angaben gehört MedizInfo® zu den drei führenden Portalen in diesem Bereich. Interessant ist allerdings die Rubrik „Klinikbewertungen“ (oben links). Die Suchergebnisse liefern allerdings nur bewertete Krankenhäuser/Abteilungen. Datenbasis sind Erfahrungsberichte, die von den Patienten nach einem Bewertungsschema über einen Online-Fragebogen erfasst werden. Die Bewertungen für ein gesuchtes Krankenhaus sind in der Regel nicht repräsentativ, weil zu gering und eher willkürlich abgegeben. Außer den Erfahrungsberichten werden kaum weitere relevante Informationen als Hilfe bei der Krankenhaussuche zur Verfügung gestellt. Links zu den Qualitätsberichten und Homepages der Kliniken sind übersichtlich angeordnet, wenn bereits eine Klinik ausgesucht wurde. Interessant ist auch die Möglichkeit der Spendenabgabe an diese Organisation.

Abbildung 17: Klinikpilot.de

The screenshot displays the Klinikpilot.de website, which is a platform for finding medical clinics. The main navigation bar includes links for Home, Kontakt, and a search bar. Below this, there are links for 'Die zweite Meinung', 'My Pilot', 'Klinikpilot - Die Kliniksuche', 'Forum - Schönheitschirurgie', and 'Dossier'. The left sidebar lists various medical topics under the heading 'Rubriken', such as 'Alternative Heilkunde', 'Ernährung', 'Erste Hilfe', 'Geschichten aus der Medizin', 'Lexikon', 'Medizinisches Wissen', 'News', 'Potenzmittel', 'Reisen', 'Selbsthilfe & Beratung', 'Sexualität und Partnerschaft', 'Sport', 'Symptome', and 'Wellness'. The main content area is titled 'Klinikpilot Suche' and contains a search form. The form asks the user to specify their starting point and search radius, and then to select the type of clinic and department they are looking for. The right sidebar features several promotional banners, including 'Newsletter', 'Die zweite Meinung', 'Stellenmarkt', and 'Suche'. The footer contains legal information, including the 'Impressum', 'Medizinischer Beirat / Qualitätssicherung', and 'Gesundheitsakte'.

Klinikpilot Suche

Sie suchen eine Klinik in Ihrer Nähe, die auf Ihre Erkrankung spezialisiert ist?

Dies und vieles mehr finden Sie schnell und unkompliziert in unserem Klinikpilot, der rund um die Uhr für Sie da ist...

Die Suche beginnt...

1. Bitte tragen Sie hier **Ausgangspunkt** und **Umkreis** Ihrer Suche ein:

☒ **Alle Kliniken** (Ohne Umkreis)

☐ PLZ oder

☐ Ort

10 km im Umkreis

2. Sie suchen nach:

☒ **Kliniken mit**

Alle Fachabteilungen

Der folgende Teil unserer Suche befindet sich noch im Aufbau.

☐ **Fachabteilungen mit dem Behandlungsschwerpunkt**

Alle Behandlungsschwerpunkte

Und so tragen Sie Ihre Klinik ein...

[» Anmeldung](#)

[» Kontakt](#)

[zurück](#) [Neue Kliniksuche](#) [Seitenanfang](#)

Design by VSN

HON @ CODE Die Inhalte des Gesundheitspilot.de entsprechen den Regeln der Health On The Net Foundation

afgis Partner im afgis-Modell Transparenz für Gesundheitsinformationen

Impressum | Medizinischer Beirat / Qualitätssicherung | Gesundheitsakte
Newsletter bestellen | Presseservice | Werbung auf gesundheitspilot.de
Kontakt per email | Telefon: 08085/939-0

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass der Inhalt von gesundheitspilot.de und verlinkten Angeboten ausschließlich zu Informationszwecken bestimmt ist. Er darf nicht zur Erstellung eigener Diagnosen oder für die Auswahl bzw. Anwendung eigener Behandlungsmethoden verwendet werden. Die Informationen stellen in keiner Weise einen Ersatz für professionelle Beratungen oder Behandlungen durch ausgebildete und anerkannte Ärzte dar. Beachten Sie auch die **Nutzungsbedingungen und den Haftungsausschluss**

© 2000 - 2002 med on net AG
 Alle im gesundheitspiloten eingestellten Inhalte, insbesondere Texte, Bilder, Grafiken, Layouts und Datenbanken, sind urheberrechtlich geschützt und ausschließlich zum privaten Gebrauch bestimmt. Bitte beachten Sie auch unsere **Nutzungsbedingungen**

Recherchedatum: 01.02.2008

Der Gesundheitspilot ist Bestandteil des Portals www.kliniksuche.de. Seit dem 1.2.2008 ist dieses Portal nicht mehr verfügbar.

Abbildung 18: Klinik-Führer Rhein-Ruhr

Klinik-Führer Rhein-Ruhr

INITIATIVKREIS RUHRGEBIET

Suche: [Startseite](#) | [Meinungen](#) | [Methodik](#) | [Buch](#) | [Presse](#) | [Partner](#) | [Glossar](#) | [Kontakt](#) | [Rundtour](#)

Alle Fachabteilungen

Bochum, Bottrop, Castrop-Rauxel, Datteln, Dinslaken, Dordrecht, Duisburg, Essen, Gelsenkirchen, Gladbeck, Hagen, Hamm, Herdecke, Herne, Herten, Lünen, Marl, Meschede, Mülheim, Münster, Neuss, Oberhausen, Radlringhausen, Schwerte, Sendenhorst, Ummendorf, Vellert, Werne, Witten, Witten

Wir befolgen die HONcode Prinzipien. verify here

Orientierung im Krankheitsfall

Der Klinik-Führer 2008/2009 gewährt Einblick in 75 Krankenhäuser mit 410 medizinischen Schwerpunkten. Einschätzungen von über 44.000 Patienten, Empfehlungen von rund 2.000 niedergelassenen Ärzten sowie Angaben zu Fallzahlen und Behandlungsqualität erleichtern die Auswahl eines passenden Krankenhauses.

Sie sind neu hier? [Rundtour](#)

Klinik-Führer Rhein-Ruhr 2008/2009

Bestellungen bitte an:
Klatext-Verlag, <http://www.klatext-verlag.de/>
Telefonisch: 0201/86206-29 oder 0201/86206-31
Per Mail: brockes@klatext-verlag.de

Einiges von 75 Krankenhäusern, die sich am Klinik-Führer 2008/2009 beteiligen:

Marienhospital Bottrop

→ [Viszeralchirurgie](#)
→ [Viszeralchirurgie](#)
→ [Orthopädie / Unfallchirurgie](#)
→ [Gynäkologie](#)
→ [Geburtshilfe](#)
→ [Pädiatrie](#)
→ [Allgemeine Innere](#)
→ [Kardiologie](#)
→ [zum Krankenhaus](#)

Die 3 zuletzt aufgerufenen Krankenhäuser:

→ [Knappschaftskrankenhaus Bochum Langendreer](#)
→ [Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke](#)
→ [Stiftung Kath. Krankenhaus - Marienhospital Herne](#)

Die 3 am häufigsten besuchten Fachbereiche:

→ [Orthopädie / Unfallchirurgie](#)
→ [Unfallchirurgie](#)
→ [Gynäkologie](#)
→ [Geburtshilfe](#)

Zuletzt wurde gesucht nach:

→ [Orthopädie](#)
→ [Orthopädie](#)
→ [Anorexie](#)

Recherchedatum: 09.08.2009

Dieser Klinikführer wurde vom Initiativkreis Ruhrgebiet mit Unterstützung der Boston Consulting Group zur Unterstützung der Arzt-Patienten Beziehung entwickelt. Erfasst sind insgesamt 75 Krankenhäuser aus dem Ruhrgebiet. Datenbasis sind Informationen aus den Qualitätsberichten, Empfehlungen niedergelassener Ärzte und Einschätzungen von 44.000 Patienten. Die Durchführung der Arzt- und Patientenbefragung erfolgte durch das Picker Institut, die Datenaufbereitung der Struktur- und Leistungsdaten (auch BQS-Daten!) von der Universität Duisburg-Essen. Interessant ist die übersichtlich gestaltete vergleichende Darstellung der Suchergebnisse. Kombiniert werden Informationen zur Patientenzufriedenheit, die Empfehlungsrate der Einweiser, die Anzahl der Eingriffe und Informationen zur Behandlungsqualität. Eine Sortierfunktion ermöglicht eine Anpassung der Darstellung an individuelle Präferenzen.

Abbildung 19: Krankenhaus-Navigator.de

AOK
Die Gesundheitskasse

Kontakt | Service | Wir über uns | Presse | Jobs & Chancen | Mitglied werden | Suchen

Willkommen bei Ihrer AOK – Die Gesundheitskasse

START > KRANKENHAUS-NAVIGATOR | SUCHE

KRANKENHAUS-NAVIGATOR

Sie suchen geeignete Krankenhäuser für bestimmte Behandlungen oder Diagnosen? Hier werden Sie fündig! Wählen Sie einfach ein medizinisches Thema oder nutzen Sie die Stichwortsuche. Außerdem finden Sie hier die Qualitätsberichte der Krankenhäuser.

Bitte wählen Sie ein Thema

- Galle-/Lebererkrankung
- Geburtshilfe
- Haut
- Herz und Gefäße
- Hüftgelenk
- Kinder-Chirurgie
- Kniegelenk
- Kreislauferkrankungen
- Magen-/Darm-Erkrankungen
- Niere / Blase / Prostata
- Rechen- und Gaumenmandeln
- Rheuma**
- Weibliche Brust
- Wirbelsäule

Weitere Suchfunktionen

Stichwortsuche

Mit der Stichwortsuche können Sie nach weiteren Krankheitsbildern und den dafür geeigneten Krankenhäusern suchen.

Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Hier finden Sie die Qualitätsberichte der Krankenhäuser.

Haftungsausschluss:

Alle Informationen sind unverbindlich. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Informationen übernehmen wir keinerlei Haftung. Die veröffentlichten Inhalte stellen insbesondere keine individuelle Auskunft oder Beratung dar. Ebenso kann für Fehler bei der Übermittlung im Internet keinerlei Gewähr übernommen werden.

Zur Erhöhung der Übersichtlichkeit werden im KH-Navigator der AOK nicht alle Inhalte des gesetzlichen Qualitätsberichts eines Krankenhauses dargestellt. Die vollständigen Qualitätsberichtsdaten finden Sie in der PDF-Version des Krankenhauses in Verbindung mit den Angaben im **Klinik-Konsil** der AOK.

Bitte beachten Sie, dass nicht in allen Fällen die Fahrtkosten bei einer Behandlung in einem weiter entfernt gelegenen Krankenhaus übernommen werden können. Informieren Sie sich daher im Falle einer planbaren Krankenhausbehandlung bei Ihrer **AOK vor Ort**, ob die Fahrtkosten übernommen werden können.

AOK Klinik Konsil

Hier gibt es Ergebnisqualitäts-Informationen:

www.klinik.konsil.de

Hier finden Sie weitere detaillierte Informationen zum Krankenhausvergleich auf Basis der gesetzlichen Qualitätsberichte.

Erstmals wird hier über die Qualität von Krankenhaus-Behandlungen (zum Beispiel Häufigkeit von Komplikationen und Wiedereingriffen) berichtet. Das Klinik-Konsil richtet sich vorrangig an Ärzte und medizinisches Fachpublikum.

Recherchedatum: 14.08.2009

Verantwortlich für dieses Portal ist der AOK-Bundesverband. Angesprochen werden in erster Linie Ärzte und medizinisches Fachpersonal. Die Suche erfolgt mit Anklicken des gewünschten links alphabetisch aufgelisteten Themas (z.B. Galle/Lebererkrankungen, Geburtshilfe, Haut). Ein sich drehender „Body-Key“ zeigt dann den betroffenen Körperteil farblich an. Unter Angabe der Postleitzahl werden die Suchergebnisse tabellarisch in einer Übersicht der gefundenen Kliniken mit Angabe zur Häufigkeit der ausgewählten Diagnose dargestellt. Krankenhausbezogen werden zusätzlich zu den Qualitätsberichten in der PDF-Version für jedes Krankenhaus Versorgungsschwerpunkte, medizinisch-pflegerische Leistungsangebote, Apparative Ausstattung und nicht-medizinische Serviceangebote aufgeführt. Die Suche kann auch mittels Stichworteingabe (Diagnose) eingeleitet werden, Möglich ist sie allerdings auch über die Qualitätsberichte der Krankenhäuser, die entweder über die Postleitzahl oder einen Km-Radius einzugrenzen sind. Für den interessierten Nutzer findet sich ein Verweis zum Klinik-Konsil der AOK um weiterführende Informationen zur Ergebnisqualität zu erhalten.

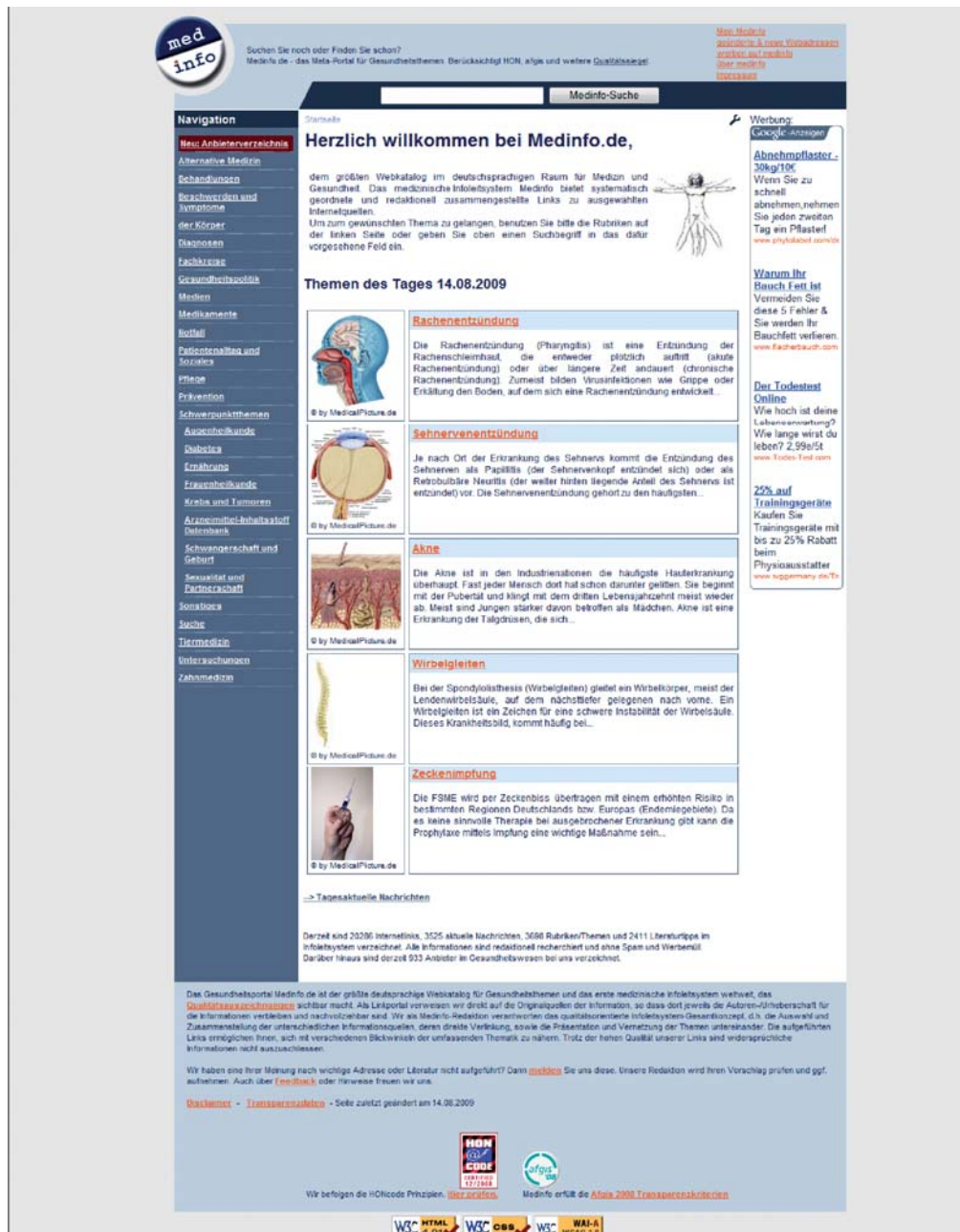
Abbildung 20: medführer.de

The screenshot shows the homepage of medführer.de, a medical transparency portal. The header features the logo 'medführer® medizinische Transparenz', a 'Login' link, and navigation links for 'Home', 'Kontakt', and 'Sitemap'. A main banner displays a family photo and the text 'Das ganzheitliche Gesundheitsportal' with the tagline 'Wir sorgen für medizinische Transparenz!'. Below the banner, there's a section for 'medführer® - Medizinische Transparenz' stating 'Wir liefern Ihnen alles aus einer Hand zum Thema Gesundheit.' and a '18 medizinische Fachportale bei medführer® + Arzt- und Klinik-Informationen' section. The central part of the page is titled 'Arzt- und Klinik-Suche / Informationen' and describes a database of 300,000 medical professionals. To the right, there's a 'med. Fach-Redaktion Schnellsuche' section with a search form. Below the main search, there's a 'Leading-Medicine Germany' section about top specialists. The footer contains a 'medführer Info / Angebote / Service / Partnerangebote' section with various links and a 'medführer Kooperationspartner' section.

Recherchedatum: 14.09.2009

Anbieter dieses Portals ist die medführer GmbH, eine Firma mit den Schwerpunkten Fachverlag, E-Health, Marketing, Arzt- und Klinik-Information. In diesem (kommerziellen) Portal finden sich schon auf der Startseite Links zu etlichen Kooperationspartnern. Datenbasis sind Informationen, die von der betreffenden Klinik selbst gegen Gebühr ausführliche Informationen zu ihrer Einrichtung präsentieren können. Da bedeutet, dass bei Weitem nicht alle Kliniken aufgeführt sind. Häufig finden sich nur Kontaktdaten und ggf. ein Link zur Webseite des Krankenhauses. Qualitätsberichte sind nur über die Webseiten der Klinik zugänglich. Die Homepage ist nicht „HONcode“ zertifiziert.

Abbildung 21: Medinfo.de



Recherchedatum: 14.08.2009

Bei dieser Homepage handelt es sich in erster Linie um ein Gesundheitsportal. Auf den ersten Blick ist nicht zu erkennen, dass es sich hierbei auch um eine Krankenhaussuchmaschine handelt. Auf der Navigationsleiste (links) können unter der Rubrik „Dienstleister“ die Begriffe „Krankenhäuser“ und „Klinik“ eingegeben werden. Die Begriffe können auch primär oben auf der Startseite eingegeben werden. Dann werden allerdings auch andere Rubriken angezeigt. Nur die zwei genannten Begriffe führen auf unterschiedlichen Wegen zu einigen Krankenhäusern, längst nicht zu allen. Die Auflistung der Kliniken erfolgt nach Aktivierung der Postleitzahlen in alphabetischer Reihenfolge. Das Gesundheitsportal trägt das „afdg-Logo“ sowie eine „HONcode“ Zertifizierung.

Abbildung 22: Qualitätsberichte.de

The screenshot shows the homepage of **Krankenhaus.de** with the tagline "Krankenhäuser suchen – Qualität finden!". The main navigation bar includes links for "Suche nach Krankheitsbild", "Regionale Suche nach Krankenhäusern", and "Wie finde ich das richtige Krankenhaus?".

Kliniken suchen:

- nach Behandlungswunsch
- nach Fachabteilungen
- nach Region oder Ort
- nach Namen von A bis Z
- Sitemap
- Hinweise zur Suche

Zugang für Kliniken

HON CODE 83/2009: Wir befolgen die HONcode Prinzipien. Weitere Informationen.

RZV: Mit freundlicher Unterstützung der RZV Rechenzentrum Volmanstein GmbH.

Krankenhaus-Suche nach Behandlungswunsch

1. Ihr Standort (PLZ oder Ort)*: **Suche starten**

2. Organ:

- Anus
- Auge
- Bauchspeicheldrüse
- Beine
- Brust
- Darm
- Gallenblase
- Gefäße
- Blut
- Drüsen
- Haut

3. Behandlungswunsch:

- Alkoholsucht
- Allergie
- Alzheimer Krankheit
- Angeborene Fehlbildung Herz
- Angeborene Fehlbildung Nervensystem
- Asthma bronchiale
- Augentumor, Operation
- Autoimmunkrankheiten
- Balkenaufdehnung bei Durchblutungsstörungen der Beine
- Balkenaufdehnung bei Verengung der Herzkranzgefäße
- Bandscheibenvorfall, Operation
- Rachenrachenkreisl. Operation

alles einblenden **Suche starten**

Fehlt Ihnen ein Behandlungswunsch? Dann freuen wir uns auf Ihren Hinweis.

Hinweis:
Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden vorliegend in Verbindung mit einer anderen Quelle genutzt. Krankenhäuser haben natürlich die Möglichkeit, auch nach Fertigstellung des Berichtes ihre Daten zu aktualisieren. Eine vollständige Darstellung der Qualitätsberichte ohne weitere Aktualisierung durch die Kliniken finden Sie auf www.g-ba.de.

Zuletzt aktualisierte Klinikdaten

- Vitos Heppenheim gemeinnützige GmbH (Heppenheim (Bergstraße))
- St. Bernward Krankenhaus (Hildesheim)
- KH Hermeskeil (Hermeskeil)
- Klinik Dr. Römer Akutklinik für Psychosomatik und Psychotherapie (Cala-Hirsau)
- Uniklinik Köln (Köln)

Zuletzt aktualisierte Qualitätsberichte

- Krankenhaus Hardheim Strukturierter Bericht 2008
- Klinik Dr. Römer Akutklinik für Psychosomatik und Psychotherapie Strukturierter Bericht 2008
- St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH Strukturierter Bericht 2008
- Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift Strukturierter Bericht 2008
- Klinikum St. Marien Amberg Strukturierter Bericht 2008

© 2009 by Krankenhaus.de | Seite drucken | Seitenanfang

Recherchedatum: 09.08.2009

Diese Suchmaschine agiert mit einem so genannten „Bodykey“. Die Suche erfolgt in drei Schritten. Indem man den Cursor auf den gewünschten Körperteil führt, werden die entsprechenden Organe oder Körperteile schriftlich in Laiensprache aufgelistet. Zielt man beispielsweise auf „Herz“ werden die Begriffe „Herz“, „Gefäße“ und „ohne Organ“ angezeigt. In einer weiteren Rubrik werden dann gleichzeitig Behandlungswünsche angeboten. Dann muss noch der Standort eingegeben werden, wobei die Anzahl der angezeigten Kliniken und die Entfernung eingeschränkt bzw. erweitert werden kann. Die Website ist „HONcode“ zertifiziert.

Abbildung 23: Sanopilot.de

The screenshot shows the Sanopilot.de website. At the top, there is a navigation bar with links: "für Patienten", "für Kliniken", "Informationen", and "Über sanopilot". The main heading is "Krankenhäuser und Kliniken". Below this, there are four bullet points describing the search capabilities:

- Suche nach einem Krankenhaus/ einer Klinik in Ihrer Nähe.
- Suche nach einer bestimmten Fachrichtung eines Krankenhauses.
- Suche nach einer Ihre Diagnose behandelnden Krankenhaus.
- Suche nach einem Chefarzt / behandelnden Arzt eines Krankenhauses, den Sie empfohlen bekommen haben.

 A text box states: "Hilfe zu den einzelnen Eingabefeldern finden Sie rechts unter dem Link 'Hilfe zur Suche'." Below this are input fields for "PLZ oder Ort:", "Fachabteilung:" (with a dropdown menu showing "Keine Angabe"), "Diagnose:", and "Chefarzt / beh. Arzt:". A "Suchen" button is located to the right of the last field. A status message reads: "Datenbank befindet sich gerade im Aufbau! Bisher erfasst sind:" followed by two bullet points:

- Über 2000 Kliniken in Deutschland mit Adressdaten
- Über 700 Fachabteilungen mit Detaildaten (Fallzahlen etc.)

 There is a small icon of a hospital building next to the text: "Krankenhäuser und Kliniken in Hamburg finden! Hamburg ist die erste Stadt mit großer Erfassungsdichte! Liste der Krankenhäuser und Kliniken in Hamburg!". A disclaimer follows: "Haftungsausschluss: Alle Informationen zu den Krankenhäusern sind unverbindlich, sie stammen aus den verschiedenen öffentlich verfügbaren Qualitätsberichten und Krankenhausinformationen. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Informationen übernehmen wir keinerlei Haftung. Die veröffentlichten Inhalte stellen insbesondere keine individuelle Auskunft oder Beratung eines Krankenhauses dar. Ebenso kann für Fehler bei der Übermittlung im Internet keinerlei Gewähr geleistet werden. Jedes Krankenhaus hat die Möglichkeit, Daten zu aktualisieren." At the bottom left, there is a "PAGERANK" logo.

Recherchedatum: 14.08.2009

Der Schwerpunkt dieses Unternehmens ist die Unternehmensberatung im Gesundheitswesen. (Marketing). Die Krankenhaussuchmaschine scheint ein Nebenprodukt zu sein. Nicht alle eingegebenen Kriterien werden akzeptiert. Nach Eingabe des Begriffes erscheint eine Auswahl spezifischer Diagnosen. Die Datenbank befindet sich lt. Anbieter im Aufbau und konzentriert sich auf Hamburger Krankenhäuser. Keine Zertifizierung.

Abbildung 24: The Leading Hospitals



The Leading Hospitals of Germany

Führende Kliniken zeigen ihre Qualität in Medizin, Pflege und Serviceleistungen

Mo- Fr 10-17 Uhr, Tel 01805 / 4 04 93 21 11
(0,14 ct./Min. aus dem dt. Festnetz)

KLINIKEN MIT QUALITÄT

Mission/Rating    Kontakt | Impressum



Pneumologisches Beatmungszentrum - Bethlehem-Krankenhaus Stolberg

Durch den Anfang 2008 hinzugekommenen Teilbereich Pneumologie (Lungenheilkunde) in der Klinik für Innere Medizin am Bethlehem-Krankenhaus ist auf der Intensivstation...

[mehr >>](#)



Preventicum - modernstes Vorsorge-Untersuchungs-System weltweit

Die Früherkennung individueller Risiken ist die Voraussetzung für eine verbesserte Prävention. Preventicum, die Klinik für Diagnostik und medizinische Beratung ...

[mehr >>](#)



Die Fachklinik Hornheide ist eine 1932 gegründete onkologische Schwerpunktlinik,

insbesondere für die Diagnostik und Behandlung von Tumoren der Haut und von von der Haut ausgehenden, invasiven Tumoren des Gesichtes und der Mundhöhle...

[mehr >>](#)



Fachklinik mit ganzheitlicher Behandlungsmethodik

Die Kaiser-Karl-Klinik ist ein Tochterunternehmen der Eifelhöhen-Klinik AG und spezialisiert auf die rehabilitative und konservative Behandlung...

[mehr >>](#)

Hilfe

★ Center of Excellence
Bitte wählen

★ Schwerpunkte
Bitte wählen

★ Fachrichtungen
Bitte wählen

Kooperationspartner

Callcenter

Die zweite Meinung

© 2007 Health Innovation Systems Ltd. & Co. KG

Recherchedatum: 12.07.2009

Diese Krankenhaussuchmaschine gehört zum Basisportal www.spitzenmedizin.com. Betreiber ist die Health Innovation Systems, die ein selbst entwickeltes Rating-System auf Basis der §21- Daten verwendet. In diesem Portal finden sich Informationen zu ca. 90 Kliniken aus Deutschland, der Schweiz, Österreich und Holland. Zu Recht verweist der Anbieter darauf, dass Vollständigkeit nicht gewährleistet werden kann. Über ein Auswahlmenü kann nach Fachrichtungen, Schwerpunkten oder „Center of Excellence“ gesucht werden. Die Darstellung des Suchergebnisses erfolgt als Listendarstellung in Form eines „Sterne-Rankings“. Die Kriterien, die zu dieser Reihenfolge geführt haben bleiben dem Nutzer auf den ersten Blick verschlossen. Für nähere Informationen steht das Ratingprogramm H.I.S.-Phase 2 als PDF-Dokument zum Download zur Verfügung. Nicht nur für den Laien sind die enthaltenen Ausführungen schwer verständlich. Über eine kostenpflichtige Servicenummer kann der Nutzer über ein Callcenter Beratung bei der Recherche erhalten.

Abbildung 25: Hamburger Krankenhausspiegel

HAMBURGER KRANKENHAUSSPIEGEL
QUALITÄT • OFFENHEIT • VERTRAUEN

[Kliniken & Projektpartner](#) [Kontakt](#) [Impressum](#)

Sie sind hier [Startseite](#)

Qualität, Offenheit und Vertrauen

Willkommen auf den Seiten des Hamburger Krankenhausspiegels

"In welches Krankenhaus soll ich gehen?"

Diese Frage stellen sich viele Hamburger, die sich einer stationären Behandlung unterziehen müssen. Doch wo gibt es objektive Auskunft über die Behandlungsqualität der Hamburger Kliniken? Was ist eine „gute“ Behandlung?

Die Antwort gibt der Hamburger Krankenhausspiegel

Im Hamburger Krankenhausspiegel haben sich 24 Kliniken zusammengeschlossen, um gemeinsam die Qualität ihrer Behandlung offen zu legen – in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer, der Verbraucherzentrale und der Techniker Krankenkasse. Die hier veröffentlichten Ergebnisse wurden in einem aufwendigen Verfahren von unabhängigen Einrichtungen ermittelt. Diese Prüfung wird jedes Jahr von neuem durchgeführt; auf diesen Seiten finden Sie die Ergebnisse von 2005 und 2006.

Eine wertvolle Entscheidungshilfe

Mit dem Hamburger Krankenhausspiegel erhalten Patienten und Angehörige eine wertvolle Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Klinik. Die Informationen können das Arzt-Patienten-Gespräch nicht ersetzen, sie bieten aber eine wichtige Entscheidungshilfe.

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Helpen Sie uns mit **Ihrer Meinung**, das Online-Angebot, des Hamburger Krankenhausspiegels zu verbessern.

Hier klicken

Erläuterung unter Abbildung 21

Abbildung 26: Krankenhausspiegel Hannover

KRANKENHAUSSPIEGEL HANNOVER
QUALITÄT • OFFENHEIT • VERTRAUEN

+ Projektpartner + Kliniken + Kontakt + Impressum

Sie sind hier + Startseite

Qualität, Offenheit und Vertrauen

Willkommen auf den Seiten des Krankenhausspiegels Hannover

"In welches Krankenhaus soll ich gehen?"

Diese Frage stellen sich viele Menschen in Hannover, die sich einer stationären Behandlung unterziehen müssen. Doch wo gibt es objektive Auskunft über die Behandlungsqualität der Kliniken in und um Hannover? Was ist eine "gute" Behandlung?

Die Antwort gibt der Krankenhausspiegel Hannover

Im Krankenhausspiegel Hannover haben sich 18 Kliniken zusammengeschlossen, um gemeinsam die Qualität ihrer Behandlung offenzulegen – in Zusammenarbeit mit der Techniker Krankenkasse Landesvertretung Niedersachsen und der Redaktion der Hannoverschen Allgemeinen Zeitung. Die hier veröffentlichten Ergebnisse wurden in einem aufwändigen Verfahren von unabhängigen Einrichtungen ermittelt. Diese Prüfung wird jedes Jahr von Neuem durchgeführt; auf den folgenden Seiten finden Sie die Ergebnisse von 2006.

Eine wertvolle Entscheidungshilfe

Mit dem Krankenhausspiegel Hannover erhalten Patienten und Angehörige eine wertvolle Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Klinik. Die Informationen können das Arzt-Patienten-Gespräch nicht ersetzen, sie bieten aber eine wichtige Entscheidungshilfe.

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Helfen Sie uns mit **Ihrer Meinung**, das Online-Angebot, des Krankenhausspiegel Hannovers zu verbessern.

Hier klicken

Recherchedatum: 12.07.2009

In diesen regional begrenzten Projekten (jeweils Hamburger und Hannoveraner Kliniken) werden Fallzahlen und Ergebnisse aus dem BQS-Verfahren jährlich vergleichend dargestellt. Der Aufbau des Portals ist in Hamburg und Hannover ähnlich. Die Handschrift der Techniker Krankenkasse (TK) ist unverkennbar.

Weiterführende Informationen zur Entscheidungshilfe bekommt der Nutzer, wenn er die linke Menüleiste bedient oder aber eines der aufgelisteten Krankheitsbilder anklickt. Dann werden Vergleichszahlen der präferierten Kliniken, Krankheitsbilder sowie Qualitätskriterien in Balkendiagrammen übersichtlich angezeigt. Datenbasis sind die Informationen aus der externen vergleichenden Qualitätssicherung der BQS. Der Qualitätsbericht wird zum Download zur Verfügung gestellt. Es gibt hier kein klassisches Eingabefeld.

Die Datenaufbereitung erfolgt durch die Projektpartner: Hamburg: TK, AOK, Barmer, Ärztekammer Hamburg, EQS, Verbraucherzentrale Hamburg, Hannover: TK, Hannoversche Allgemeine Zeitung

Abbildung 27: Medmonitor

The screenshot shows the Medmonitor website with a blue header. The header contains the Medmonitor logo with the tagline 'Ich will's wissen!' and navigation links: Startseite, Hilfe, Pressecenter, Infos für Kliniken, Über Medmonitor, and Blog. Below the header are four main buttons: Suchen (with a magnifying glass icon), Bewerten (with a star icon), Medizin & Gesundheit (with a medical cross icon), and Patientenforum (with a speech bubble icon).

The main content area is divided into two columns. The left column is titled 'Welche Klinik ist die Beste für mich?' with the subtitle 'Die richtige Klinik finden, schnell und kostenlos.' Below this is a section 'Klinik suchen' with a search form. The form has two dropdown menus: 'Erkrankungsart wählen' and 'Fachabteilung wählen', and a text input field 'PLZ oder Ort eingeben'. A 'Jetzt suchen' button is at the bottom right of the form. The right column is titled 'War ich mit meiner Klinik zufrieden?' with the subtitle 'Bewerten Sie hier Ihren Klinikaufenthalt.' Below this is a section 'Klinik bewerten' with a text input field 'PLZ oder Ort der Klinik eingeben' and a 'Kliniken anzeigen' button.

Below the search section, there is a 'Neue Bewertungen' section. It lists three recent reviews:

- 04.11.2009** Sonstige Diagnosen und Behandlungen, Neurochirurgie, Universitätsklinikum Heidelberg
Gesamtbewertung: Als total verängstigter Gehirntumormpatient habe ich umfangreiche Informationen, umfassende Fürsorge und große Aufmerksamkeit sowohl von den ... [mehr...](#)
- 03.11.2009** Sonstige Diagnosen und Behandlungen, Gastroenterologie, Klinikum St. Marien Amberg
Gesamtbewertung: verschiedene ärzte, schlechte aufklärung, keine zeit für den patienten oder die fragen der angehörigen. [mehr...](#)
- 03.11.2009** Sonstige Diagnosen und Behandlungen, Kardiologie und Angiologie, Universitäres Herzzentrum Hamburg GmbH
Gesamtbewertung: sehr professioneller umgang mit dem patienten [mehr...](#)

On the right side, below the evaluation section, there is a promotion for an Apple iPod: 'Apple iPod gewinnen: Bewerten Sie Ihren Klinikaufenthalt und gewinnen Sie einen von drei Apple iPod nano 8GB! Stichtag 20.12.2009'. Below this is a link 'Jetzt bewerten und gewinnen' and a section 'Informieren Sie sich ausführlich über die Dermatologie der Medizinischen Hochschule Hannover: Schwerpunkte, Zertifizierungen, Komfortleistungen und vieles mehr.' with a link 'jetzt informieren'.

Recherchedatum: 11.07.2009

Bei dieser Suchmaschine handelt es sich um ein aus Werbeeinnahmen finanziertes Gesundheitsportal. Die Suche erfolgt bundesweit oder regional begrenzt über die Auswahl einer Erkrankungsart oder Fachabteilung aus einem Auswahlménü. Die Ergebnisse stammen aus den Qualitätsberichten der jeweiligen Kliniken.

Der Nutzer kann eine subjektive Bewertung über die Klinik abgeben und erhält dafür einen Einkaufsgutschein über 5€ einer Online-Apotheke. Bewertet werden Ärzte, Pflege, Behandlung, Service, Essen und Patientenempfehlung nach einem 5-Sterne-Ranking. Kommentare sind ebenfalls möglich. Die Patientenbewertung wurde bislang allerdings in einem nicht repräsentativen Maß und auch nicht bei allen Kliniken vorgenommen.

Abbildung 28: Helios-Klinikführer

Gesamtübersicht Kliniken | Klinikführer | HELIOS-Übersicht
zurück zur HELIOS Kliniken Gruppe | Hilfe | Kontakt | Impressum | Glossar

Sie suchen nach:
Kliniken
Krankheitsbildern
Fachabteilungen

Wichtige Krankheitsbilder
Fachabteilungen
Qualitätsberichte als PDF
Qualitätsmanagement
Basisdaten
Diagnostische und Therapeutische Angebote
Kontakt

HELIOS-Übersicht

- Sie suchen nach einer HELIOS-Klinik an einem bestimmten Standort
- Sie suchen nach einer bestimmten Fachabteilung
- Sie suchen nach Behandlungsmöglichkeiten für ein bestimmtes Krankheitsbild
- Sie suchen nach einer Rehabilitationsklinik

HELIOS Klinikführer

Herzlich willkommen bei den HELIOS-Kliniken. Wir begrüßen Sie in unserem internet-basierten Klinikführer und freuen uns, dass Sie sich für unser Angebot interessieren.

Der Klinikführer gibt derzeit einen Überblick über die Leistungsangebote der Akutkliniken unseres Konzerns. Ein entsprechender Überblick über die Rehabilitationseinrichtungen ist in Vorbereitung.

Unser Ziel ist es, Ihnen eine Suche nach drei Gesichtspunkten zu ermöglichen:

Zu den Qualitätskennzahlen (HELIOS-Qualitätsindikatoren, QSR-Klinikberichte, BQS-Indikatoren) gelangen Sie hier und über den Punkt "Qualitätsberichte als PDF" der einzelnen Kliniken.

Sie suchen nach einer HELIOS-Klinik an einem bestimmten Standort

Wählen Sie bitte in der rechten Leiste unter dem in Frage kommenden Bundesland einen unserer Standorte aus oder klicken Sie einen Standort auf der Karte an.

Nach Auswahl einer Klinik wird Ihnen links unter „Fachabteilungen“ angezeigt, welche Fachabteilungen Sie in dieser Klinik finden (grüner Text). Wählen Sie eine der in Frage kommenden Abteilungen, um nähere Angaben zu erhalten. Die in der ausgewählten Klinik nur teilweise wiedergegebenen Abteilungen sind in dem von Ihnen gewählten Haus nicht vorhanden.

Gleiches gilt für das Leistungsspektrum in der Rubrik „Wichtige Krankheitsbilder“. Auch hier sind die Leistungsgruppen hervorgehoben und durch Anklicken auswählbar, die in der rechts markierten Klinik behandelt werden.

Sie können sich ferner für die gewählte Klinik unter der entsprechenden Rubrik links die HELIOS Qualitätsindikatoren, eine Darstellung des Qualitätsmanagements sowie die gesetzlich vorgesehenen Angaben zu Basisdaten und diagnostischer und therapeutischer Ausstattung anzeigen lassen.

[Nach oben](#)

Sie suchen nach einer bestimmten Fachabteilung

Wählen Sie bitte links unter der Rubrik „Fachabteilungen“ die Sie interessierende Abteilung aus. Beachten Sie dabei bitte, dass besondere Spezialitäten jeweils unter dem Gesamtgebiet eingeordnet sind – also beispielsweise Gastroenterologie unter „innere Medizin“ oder Thoraxchirurgie unter „Chirurgie“.

Sie können entweder für die von Ihnen gewählte Abteilung

- ↗ rechts die „HELIOS Übersicht“ wählen (Standard) und erhalten dann eine Liste der HELIOS-Kliniken, in denen diese Fachabteilung vertreten ist
- ↗ oder rechts ein Bundesland und darunter direkt einen der grün dargestellten Klinikstandorte wählen
- ↗ oder Sie wählen ebenfalls rechts einen Standort auf der Karte.

Nach Auswahl einer Klinik erhalten Sie genaue Informationen zum Leistungsangebot der gewählten Fachabteilung in dieser Klinik.

[Nach oben](#)

Sie suchen nach Behandlungsmöglichkeiten für ein bestimmtes Krankheitsbild

Wählen Sie bitte links unter der Rubrik „Wichtige Krankheitsbilder“ die Sie interessierende Krankheitsgruppe aus.

Sie können dann für diese Krankheitsgruppe:

- ↗ rechts „HELIOS Übersicht“ auswählen und erhalten dann eine Liste der HELIOS-Kliniken, in denen diese Krankheitsgruppe behandelt wird. In der Regel sind dort die Kliniken nach der Anzahl der behandelten Patienten dargestellt.
- ↗ oder rechts ein Bundesland und darunter direkt einen der grün dargestellten Klinikstandorte wählen
- ↗ oder Sie wählen ebenfalls rechts einen Standort auf der Karte

Sobald Sie eine bestimmte Klinik ausgewählt haben, erhalten Sie nähere Informationen zu einzelnen in dieser Klinik behandelten Krankheitsbildern dieser Gruppe sowie zu den diagnostischen und therapeutischen Angeboten der Klinik in diesem Bereich.

[Nach oben](#)

Sie suchen nach einer Rehabilitationsklinik

Sie finden die zur HELIOS Kliniken Gruppe gehörenden Rehabilitationskliniken der WVGemeinschaft Kliniken unter <http://www.wk.de/etecom/IL/index.php?site=rehabkliniken>

[Nach oben](#)

Klinikstandorte

HELIOS Übersicht

- Baden-Württemberg
- Bayern
- Berlin
- Brandenburg
- Hamburg
- Hessen
- Mecklenburg-Vorpommern
- Niedersachsen
- Nordrhein-Westfalen
- Sachsen
- Schleswig-Holstein
- Thüringen

Recherchedatum: 11.07.2009

Die Suche nach Krankenhäusern im Helios-Klinikführer bezieht sich ausschließlich auf Kliniken dieser Kette. Gesucht wird geografisch, nach Krankheitsbildern oder nach Fachabteilungen. Die Qualitätskennzahlen der einzelnen Kliniken, bestehend aus den Helios-Qualitätsindikatoren, QSR-Klinikberichten und den BQS-Indikatoren, sind als Qualitätsberichte im PDF-Format abrufbar. Die Möglichkeit des direkten Vergleiches einzelner Kliniken dieses Verbundes besteht nicht.

Abbildung 29: TK Klinikführer

The screenshot displays the 'TK-Klinikführer' search interface. At the top, the 'Techniker Krankenkasse' logo is on the left, and navigation links for 'tk-online.de', 'Presse-Center', 'Firmenkundenportal', and 'Kontakt' are on the right. A sidebar on the left lists 'Inhalte und Neuigkeiten' with links to 'Kliniksuche', 'Hintergründe', 'Qualitätsberichte', 'Patientenbefragung', and 'Neu: Auszeichnungen & Projekte'. The main content area is titled 'Kliniksuche' and includes a description: 'Wir bieten Ihnen Information zu über 2.000 Kliniken. Finden Sie einfach das nächstgelegene oder für Sie am besten geeignete Krankenhaus.' Below this is a section for 'Regionale Sucheingrenzung *' with input fields for 'PLZ' and 'oder Ort', and a dropdown for 'Umkreis' set to '25 km'. A note states: 'Bitte geben Sie entweder PLZ oder Ort ein.' Further down is a section 'Suchanfrage weiter verfeinern' with a 'Suchbegriff' input field and radio buttons for 'Bei Ihrem Suchbegriff handelt es sich um' with options: 'Diagnose', 'Fachabteilung', 'Krankenhausname', 'Operationen und Eingriffe', and 'Gerät (Beispiel: Röntgen)'. A 'Suchen' button is at the bottom right. On the far right, a sidebar features 'Immer für Sie erreichbar' with 'TK-ServiceTeam' contact information: '0800-285 85 85', '24 Stunden täglich an 365 Tagen im Jahr (bundesweit gebührenfrei)', and links for 'E-Mail', 'Kontakt', 'TK vor Ort', and 'Rückruf-Service'.

Recherchedatum: 11.07.2009

Dieser Klinikführer bietet nach Eingabe der Postleitzahl oder Ort in Kombination mit einem Suchbegriff (Schlagwort) Auswahlmöglichkeiten an, die mit dem Suchbegriff in Verbindung stehen. Die Suche ist regional bis bundesweit möglich. Im Suchergebnis finden sich Allgemeine Informationen zu den Kliniken, sowie Informationen zur Behandlungsqualität aus den Qualitätsberichten. Dazu werden Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von TK-Versicherten zur Patientenzufriedenheit bereitgestellt. Die Qualitätsdimensionen zur Patientenzufriedenheit beziehen sich auf die Bereiche „allgemeine Zufriedenheit mit dem Krankenhaus, Behandlungsergebnis, medizinisch-pflegerische Versorgung, Information und Kommunikation, Organisation und Unterbringung“. Die Befragungsmethodik kann in einer PDF Datei herunter geladen werden.

Abbildung 30: BKK Klinik-Finder

Ihr BKK Klinik-Finder

[Klinik finden](#)
[Hilfe](#)
[Glossar](#)
[Für Krankenhäuser](#)
[Kontakt](#)

Krankenhäuser suchen und finden

Finden Sie hier das Krankenhaus Ihrer Wahl:

PLZ: max. Entfernung:

Ort:

Stichwort:

Zusätzliche Suchmöglichkeiten finden Sie in der [erweiterten Suche](#).

Weitere Suchkriterien

- Stationärer Behandlungswunsch
- Ambulanter Behandlungswunsch
- Qualitätsindikatoren
- Fachabteilung
- Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote
- Serviceangebote
- Medizinische Geräte
- Therapeutisches Personal

Zuletzt aktualisiert

- Diakoniekrankenhaus Annastift gGmbH (30625 Hannover) Qualitätsbericht 2008
- Evang. Krankenhaus Lutherstift Frankfurt (Oder)-Seelow (15232 Frankfurt Oder) Qualitätsbericht 2008
- Sana Klinikum Lichtenberg (10365 Berlin) Qualitätsbericht 2008
- Klinikum Hoyerswerda (02977 Hoyerswerda) Qualitätsbericht 2008
- St. Bernhard-Hospital Kamp-Lintfort GmbH (47475 Kamp-Lintfort) Qualitätsbericht 2008
- Ev. Kliniken Geisenkirchen (45879 Geisenkirchen) Qualitätsbericht 2008
- Paracelsus-Krankenhaus (75378 Bad Liebenzell) Qualitätsbericht 2008
- Krankenhäuser des Märkischen Kreises GmbH Marienhospital Letmathe (58642 Iserlohn) Qualitätsbericht 2008
- Universitätsklinikum Düsseldorf (40225 Düsseldorf) Qualitätsbericht 2008

Hilfe

Hier können Sie auf die Schnelle ein Krankenhaus in einer bestimmten Region suchen. Wahlweise können Sie diese Suche mit einer Stichwortsuche kombinieren. Für eine detaillierte Suche, z.B. nach konkreten Diagnosen, steht Ihnen unsere erweiterte Suche zur Verfügung.

[Weitere Hilfetemen](#)

Willkommen beim Service für BKK Versicherte

Ihr BKK Klinik-Finder unterstützt Sie dabei, ein Krankenhaus nach Ihren Wünschen zu finden! Die hierzu verwendete Datenbasis sind die Qualitätsberichte der Krankenhäuser, die entsprechend der gültigen Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschuss erstellt wurden.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg beim Suchen und Finden!
Ihr BKK Bundesverband

Impressum | Haftungsausschluss | Datenschutz - © Copyright 2002-2009 BKK Bundesverband - Alle Rechte vorbehalten

Recherchedatum: 11.07.2009

Anbieter ist der BKK Bundesverband. Diese Suchmaschine bietet umfangreiche Suchoptionen. Neben den gängigen (PLZ, Ort usw.) kann optional noch nach ICD, OPS, BQS-Kennzahlen, Serviceleistungen und apparativer Ausstattung gesucht werden. In den Suchergebnissen werden vergleichende Darstellungen in Relation zu anderen gewählten Krankenhäusern anhand von Fallzahlen abgebildet.

Abbildung 31: IKK Klinik-ProFi

The screenshot displays the IKK Klinik-ProFi website. At the top, the slogan "Die Krankenkasse mit dem Plus an Leistung und Service." is visible alongside the IKK logo. A navigation bar includes links for "Startseite", "Unsere Leistungen", "Bonusangebote", "Unser Service" (highlighted), "Gesund leben", and "Gesund werden". Below this, a breadcrumb trail reads "> Kliniksuche > Weitere Serviceleistungen > Unser Service". A search bar on the right contains the text "Suchen..." and a "Los" button.

On the left, a vertical menu lists various services: "Aktuelles", "Kontakt", "IKK vor Ort", "WebCenter", "Medizinische Hotline", "Arztterminservice", "Online-Rechner", "Lichtbildservice - eGK", "Newsletter", "Kundenzeitschriften", "Broschürenbestellung", "Service für Berufsstarter", "Service für Familien", "Fragen und Antworten", "Weitere Serviceleistungen" (highlighted), "Kliniksuche" (highlighted), "Apothekensuche", "Meldung zum Fehlverhalten im Gesundheitswesen", "Sozialer Dienst", "Selbsthilfe", and "Beschwerdemanagement".

The main content area is titled "Das richtige Krankenhaus finden". It features a text block explaining the "Weiße Liste" search tool, followed by a search form. The form includes fields for "Behandlungswunsch", "PLZ", and "Umkreis" (set to "deutschlandweit"). A "suchen" button is present, along with a list of search criteria including "weisse Liste".

On the right side, there are two promotional boxes. The first, titled "Mitglied werden", encourages users to join the IKK "vor Ort" and lists benefits like "Gute Gründe" and "Online-Antrag ausfüllen". The second box, titled "Kontakt", provides contact information for the IKK service center, including the phone number "0800 85 79 840" and the text "IKK-Servicetelefon rund um die Uhr - zum Nulltarif!".

At the bottom, a footer contains links for "Seite drucken", "Seite empfehlen", "Die IKK gesund plus", "Impressum", "Nutzungsbedingungen", and "Barrierefreiheit".

Recherchedatum: 11.07.2009

Krankenhaussuchmaschine der IKK. In 4042 Qualitätsberichten von 1940 Krankenhäusern kann nach unterschiedlichen Kriterien gesucht werden. Es besteht die Möglichkeit nach Ort, Umkreis, Fachgebieten und Diagnosen zu suchen. Verschiedene Suchkriterien können kombiniert werden. Es bestehen umfangreiche Möglichkeiten zur Verfeinerung oder Kombination der Suchkriterien. Eine ausführliche Suchhilfe erleichtert die Anwendung.

Durch einen Klick auf die betreffende Körperregion der IKK-Familie öffnet sich eine Auswahlliste zum schnelleren Auffinden des Suchbegriffs. Besonders komfortabel ist der Versand der Informationen zur gewünschten Klinik an eine Emailadresse per Knopfdruck als PDF-Dokument.

Abbildung 32: Weisse Liste

weisse Liste

Bertelsmann Stiftung

Startseite Über die Weisse Liste Newsletter Presse Dienste Anbieterbereich Kontakt/Hilfe

Herzlich willkommen!
weisse Liste
Gesundheitsanbieter im Überblick
kompetent - unabhängig - verständlich

Krankenhaussuche

1 Behandlungswunsch
[Krankheit, Behandlung oder Untersuchung]

2 PLZ [Ihr Wohnort] Umkreis 25 km

3

Suche über Körperregionen

Direktsuche Krankenhaus

Suchassistent

Partner der Weissen Liste

Infos zu Gesundheitsfragen

Rundgang

Stimmen zur Weissen Liste

Die neue Weisse Liste

Unabhängige
Patientenberatung
Deutschland | UPD
Bundesweites Beratungstelefon
0800 0 11 77 22
Montag bis Freitag 10-18 Uhr
(kostenlos aus dem dt. Festnetz)

Guided Tour

Sie sind zum
ersten Mal
hier?

In einem kurzen Film zeigen wir
Ihnen, wie Sie auf der Startseite der
Weissen Liste mit der Krankenhaus-
suche beginnen können.

Ranga Yogeshwar
Wissenschaftsjournalist
und Moderator

"Patienten sind auf Hilfe angewiesen.
Verständlicher, unabhängiger und
konkreter Rat sind die ersten
Schritte zur Genesung. (...)"

Was ist neu?

Neue Funktionen und Services, ein
angepasstes Erscheinungsbild und
noch mehr Möglichkeiten für die
Nutzer, ihre Meinung zum Portal
mitzuteilen. Lesen Sie, was sich in
der Weissen Liste verändert hat.

Zum Informationstext

Impressum Datenschutz Sitemap

HONcode für vertrauenswürdige Gesundheitsinformationen

Barrierefreiheit: WEB for ALL-geprüfte Internetseite

Der Branchenführer des Gesundheitswesens
STIEGER 2009
"Innovation"

dfq-Award 2009
in der Kategorie
"Innovation"

Letzte Aktualisierung: 2009-03-06 14:41:14

Recherchedatum 11.07.2009:

Die Weisse Liste ist ein gemeinsames Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen; Schirmherrin des Projekts ist die Patientenbeauftragte der Bundesregierung. Grundlage für die Entwicklung dieser Suchmaschine waren eine umfassende internationale Literaturanalyse, eine repräsentative Befragung im Rahmen des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung und qualitative Fokusgruppen-Interviews. Dem Nutzer stehen je nach Vorwissen und Interesse verschiedene Suchmöglichkeiten mit umfangreichen Erläuterungen zur Verfügung. Die Aufbereitung der Ergebnisse erfolgt als Listenansicht, wahlweise als vergleichende Darstellung und kann auf individuelle Bedürfnisse angepasst werden. Neben den Informationen aus den Qualitätsberichten werden auch Zusatzinformationen zu Serviceangeboten bereitgestellt. Zur Abfrage von Qualitätsinformationen der BQS stehen die Qualitätsberichte zum Download bereit.

Krankenhäuser können mit einem von der Bertelsmannstiftung in Zusammenarbeit mit dem Verein Outcome entwickelten Fragebogen, dem Patient Experience Questionnaire (PEQ), eine Patientenbefragung durchführen. Die Ergebnisse dieser Befragung werden in der Weissen Liste veröffentlicht. Die Befragung erfolgt auf freiwilliger Basis, bisher sind diese Informationen daher begrenzt verfügbar.

Vergleichende Übersicht

Suchmaschine	Kriterienliste	IKK.de (25)	BKK.de (24)	TK Klinikführer (23)	Helios-Klinikführer (22)	medmonitor.de (21)	Hamburger-Krankenhausspiegel (20)	Spitzenmedizin.com (19)	sanopilot (18)	Qualitätsbericht.de (17)	medinfo (16)	Medführer (15)	Krankenhaus-Navigator (14)	Kliniken Rhein-Ruhr (13)	Klinikpilot (12)	Klinikbewertungen.de (11)	Klinik-Lotse (10)	Klinik-Konsil (9)	Klinikinfo (8)	Kliniken im Netz (7)	Kliniken.de (6)	Der Klinikführer (5)	Hospital ABC (4)	Dt. Krankenhausverzeichnis (3)	Der Privatpatient (2)	arztauskunft.de (1)
Anbieter																										
Anbieter der Internetseite genannt		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Adresse																										
Ansprechpartner		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Straße		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ort		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Telefon		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Email		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Erklärung zum Datenschutz (Vertraulichkeit)																										
Hinweis auf der Startseite																										
Link zum Hinweis		X	X	X			X			X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Selbstverpflichtung										X	X	X			X	X										
Abhängigkeiten																										
Sponsoren werden genannt		X				X							X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Datenlieferant wird genannt				X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Werbefrei				X				X	X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aktualität der Website																										
Angabe der letzten Aktualisierung		X		X							X	X		X	X										X	
Hintergrundinformationen																										
Quellenangaben		X						X	X		X	X	X		X											

Suchmaschine	Kriterienliste	IKK.de (25)	BKK.de (24)	TK Klinikführer (23)	Helios-Klinikführer (22)	medmonitor.de (21)	Hamburger-Krankenhausspiegel (20)	Spitzenmedizin.com (19)	sanopilot (18)	Qualitätsbericht.de (17)	medinfo (16)	Medführer (15)	Krankenhaus-Navigator (14)	Kliniken Rhein-Ruhr (13)	Klinikpilot (12)	Klinikbewertungen.de (11)	Klinik-Lotse (10)	Klinik-Konsil (9)	Klinikinfo (8)	Kliniken im Netz (7)	Kliniken.de (6)	Der Klinikführer (5)	Hospital ABC (4)	Dt. Krankenhausverzeichnis (3)	Der Privatpatient (2)	arztauskunft.de (1)
		Zertifizierung der Website																								
	HON			X						X	X				X											X
	DISCERN																									
	MedCERTAIN/MedCIRCLE																									
	afgis			X							X				X											
	Datenbasis																									
	Qualitätsberichte (ohne Jahr)												X													X
	Qualitätsbericht 2004		X			X					x							X								
	Qualitätsbericht 2006			X		X				X			X				X	X								
	BQS-Daten			X		X				X							X	X								
	Patientenbefragungen									X			X													
	Datenaufbereitung durch Dritte												X													
	Sonstige Datenquellen			X						X		X					X		x							
	Datenbasis offensichtlich		X	X	X		X		X	X			X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Erläuterungen zur Suchstrategie	X	X	X				X	X	X			X	X												X
	Erläuterungen zu Fachbegriffen	X		X		X							X													

Suchmaschine	Kriterienliste	Suchoptionen																						
		Ort																						
	IKK.de (25)																							
	BKK.de (24)																							
	TK Klinikführer (23)																							
	Helios-Klinikführer (22)																							
	medmonitor.de (21)																							
	Hamburger-Krankenhausspiegel (20)																							
	Spitzenmedizin.com (19)																							
	sanopilot (18)																							
	Qualitätsbericht.de (17)																							
	medinfo (16)																							
	Medführer (15)																							
	Krankenhaus-Navigator (14)																							
	Kliniken Rhein-Ruhr (13)																							
	Klinikpilot (12)																							
	Klinikbewertungen.de (11)																							
	Klinik-Lotse (10)																							
	Klinik-Konsil (9)																							
	Klinikinfo (8)																							
	Kliniken im Netz (7)																							
	Kliniken.de (6)																							
	Der Klinikführer (5)																							
	Hospital ABC (4)																							
	Dt. Krankenhausverzeichnis (3)																							
	Der Privatpatient (2)																							
	arztaskunft.de (1)																							
Diagnose																								
	Freitextsuche	X		X			X			X	X	X		X	X		X		X			X	X	X
	Schlagwortsuche	X		X					X	X	X		X	X		X	X					X		X
	DRG/ICD/OPS		X	X			X			X	X						X		X				X	
	Index	X		X			X	X					x	X	X	X			X	X	X	X		
	medizinische Fachbegriffe	X		X			X			X	X			X		X	X					X	X	X
	Laiensprache	X		X			X			x	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Erweiterte Suche	X		X						X	X			X	X	X		X	X	X			X	X

Suchmaschine	Kriterienliste																		
	IKK.de (25)	BKK.de (24)	TK Klinikführer (23)	Heios-Klinikführer (22)	medmonitor.de (21)	Hamburger-Krankenhausspiegel (20)	Spitzenmedizin.com (19)	sanopilot (18)	Qualitätsbericht.de (17)	medinfo (16)	Medführer (15)	Krankenhaus-Navigator (14)	Kliniken Rhein-Ruhr (13)	Klinikpilot (12)	Klinikbewertungen.de (11)	Klinik-Lotse (10)	Klinik-Konsil (9)	Klinikinfo (8)	Kliniken im Netz (7)
	Kliniken.de (6)	Der Klinikführer (5)	Hospital ABC (4)	Dt. Krankenhausverzeichnis (3)	Der Privatpatient (2)	arztauskunft.de (1)													
Erweiterte Suchoptionen																			
Versorgungsschwerpunkte	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apparative Ausstattung	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fallzahlen				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Risikoadjustierte Qualitätsindikatoren				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Patientenbeurteilung bzgl.																			
Verhalten Pflege zu Patient			X		X														
Verhalten Arzt zu Patient				X															
Behandlungsergebnis			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Kombinationsmöglichkeiten der Suchoption	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Suchmaschine	Kriterienliste																								
	IKK.de (25)	BKK.de (24)	TK Klinikführer (23)	Helios-Klinikführer (22)	medmonitor.de (21)	Hamburger-Krankenhausspiegel (20)	Spitzenmedizin.com (19)	sanopilot (18)	Qualitätsbericht.de (17)	medinfo (16)	Medführer (15)	Krankenhaus-Navigator (14)	Kliniken Rhein-Ruhr (13)	Klinikpilot (12)	Klinikbewertungen.de (11)	Klinik-Lotse (10)	Klinik-Konsil (9)	Klinikinfo (8)	Kliniken im Netz (7)	Kliniken.de (6)	Der Klinikführer (5)	Hospital ABC (4)	Dt. Krankenhausverzeichnis (3)	Der Privatpatient (2)	arztauskunft.de (1)
technische Suchhilfe																									
Schriftgröße variabel				X								X									X				X
Sprachausgabe																									
Visuelle Suche (Bodykey)									X		X											X			X
geografisch						X							X								X				
Suchassistenten							X		X		X	X	X			X	X					X			
Inhaltliche Darstellung der Suchergebnisse																									
Versorgungsschwerpunkte				X					X	X			X	X	X		X		X			X	X	X	X
Apparative Ausstattung				X					X	X			X	X	X		X		X			X	X	X	X
Fallzahlen				X			X		X	X			X	X	X		X	X		X		X	X		
Risikoadjustierte Qualitätsindikatoren									X	x			X									X	X		
Darstellung der Suchergebnisse																									
Listenansicht	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
grafische Darstellung						X						X													
geografische Darstellung									X			X													
Vergleichende Darstellung			X						X	X		X					X								
Ausdruck der Suchergebnisse		X	X						X	X		X					X	X	x		X	X			

Suchmaschine	Kriterienliste	Suchergebnisse in der Übersicht																								
		IKK.de (25)	BKK.de (24)	TK Klinikführer (23)	Helios-Klinikführer (22)	medmonitor.de (21)	Hamburger-Krankenhausspiegel (20)	Spitzenmedizin.com (19)	sanopilot (18)	Qualitätsbericht.de (17)	medinfo (16)	Medführer (15)	Krankenhaus-Navigator (14)	Kliniken Rhein-Ruhr (13)	Klinikpilot (12)	Klinikbewertungen.de (11)	Klinik-Lotse (10)	Klinik-Konsil (9)	Klinikinfo (8)	Kliniken im Netz (7)	Kliniken.de (6)	Der Klinikführer (5)	Hospital ABC (4)	Dt. Krankenhausverzeichnis (3)	Der Privatpatient (2)	arztauskunft.de (1)
		1493	1413	7				160	87							18	1437	939			3					12
	Knie	1323	3	14			143	88								7	1301				3					12
	Endoprothese	343		15			164									7	1095				1					12
	Bluthochdruck	25	12	1		11	2	10	24		2				15	21	11		2	31	4	3	2	2	17	12
	PLZ: 30159	25				11	18	17	24		9				15				17	31	30		16	18	21	12
	Hannover																									0
	Qualitätsberichte 2006 (Veröffentlichung)	2412															1569	18								
	Ergebnis nach Kombination								13	2		13					7				4	3	2	2	17	12